Le Progrès Médical

1898

PREMIER SEMESTRE

REVUES DES SPÉCIALITÉS

Affections des organes génitaux urinaires	Dr A. MALHERBE.
Bactériologie	Dr RAMOND.
Dermatologie et syphiligraphie	Dr P. RAYMOND.
Eaux minérales et hydrothérapie	Dr J. NOIR.
Electrothérapie	Dr P.-L. REGNIER.
Hygiène	Dr MARTHA.
Jurisprudence médicale	Dr LIRMIN-LIPMAN.
Maladies de la première enfance	Dr H. DE ROTHSCHILD.
Maladies de la deuxième enfance	Dr PAUL-BONCOUR.
Maladies des oreilles, du larynx et du nez	Dr BARATOUX.
Neurologie	Dr MIRALLIÉ.
Obstétrique et gynécologie	Dr L. MERLE.
Odontologie	Dr BOUVET.
Ophtalmologie	Dr KŒNIG.
Psychiatrie	Dr KERAVAL.
Thérapeutique	Dr CORNET, NOIR, RELLAY.



Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

Secrétaire de la Rédaction : Julien NOIR

VINGT-SIXIÈME ANNÉE

3e SÉRIE. — TOME VII : 1898 (Janvier-Juin)

Illustré de 53 figures dans le texte

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), AIGRE (D.), BALLET (G.), BARATOUX (J.), BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BONNAIRE (E.), BOTTEY (F.), BOUTEILLIER (G.), BOUVET, BRISSAUD (E.), BUDIN (P.), CHABBERT, CHARCOT (J.-B.), CORNET (P.), CORNILLON (J.), DARIER, DAURIAC, DEBOVE, DUPLAY, DUPUY (L.-E.), FERÉ (CH.), FIAUX, GILLES DE LA TOURETTE (G.), JOSIAS (A.), JOFFROY, KERAVAL, KOENIG, LANDOUZY (L.), MAGNAN, MALHERBE (A.), MARCANO (G.), MARIE (P.), MARTHA, MAUNOURY (G.), MAYGRIER, MIRALLIÉ, MONOD (CH.), MUSGRAVE-CLAY (R. de), NAPIAS (H.), NOIR (J.), PELTIER (G.), PETIT-VENDOL (CH.-H.), PHISALIX, PIERRET, PILLIET (A.), PITRES, PLICQUE, POIRIER (P.), PONCET (de Cluny), POZZI, RANVIER, RAOULT (A.), RAYMOND (F.), RAYMOND (P.), REGNARD (P.), RÉGNIER (L.-R.), REVERDIN (de Genève), RICHER (P.), ROUBINOVITCH, ROUSSELET (A.), SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SIMON (J.), SOLLIER, SOREL (R.), TEINTURIER (E.), TERRIER (F.), TILLAUX, TROISIER, VIGOUROUX (R.), VILLARD (F.), YVON (P.), ZABOROWSKI.

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MEMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Audry (de Toulouse), Boncour (P.), Campos (M.), Chantemesse, Clado, Dardel, Dransart (de Somain), Guisy (B.), Kanellis (S.), Kardamatis, Lemesle, Lirmin-Lipman, Merle (L.), Pelon, Pouchet (G.), Rellay, Sainton (P.), Terrien.



PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

3e SÉRIE. T. VII. N° 1. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 1er JANVIER 1898

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Uréthrotomies et Uréthrectomies.

Revue générale.

Par le Dr **AUDRY** (de Toulouse),
Chargé de cours à la Faculté de Médecine.

SOMMAIRE. — I. Uréthrotomie. — Généralités : 1° Uréthrotomie interne ; 2° Uréthrotomie interne périnéale ; 3° Uréthrotomie externe. — II. Uréthrostomie. — III. Uréthrectomie : 1° Partielle ; 2° Totale. — Opérations pour rupture de l'urèthre. — Opération pour l'infiltration d'urine. — IV. Uréthroplastie : 1° Uréthroplastie longitudinale ; 2° Uréthroplastie pour défaut de substance ; α pour hypospadias ; β pour épispadias ; 3° Restauration de l'urèthre pour perte de substance ; α Fistule ... ; β Fistule scrotale, périnéale ; γ Fistule uréthro-rectale.

On désigne sous le nom d'*Uréthrotomies* les interventions qui ont pour but de sectionner la paroi uréthrale. Très généralement, elles l'ouvrent dans le sens de son grand axe, et elles sont indiquées par des sténoses de ce canal. Cette section de l'urèthre se fait de dedans en dehors (uréthrotomie interne) ; de dehors en dedans (uréthrotomie externe) ; elles peuvent, du reste, ne comporter que l'incision de la muqueuse et de la sous-muqueuse ; il en est ainsi dans un grand nombre d'uréthrectomies internes ; d'autres fois, la paroi uréthrale est fendue en totalité.

L'*uréthrectomie* est la résection de la totalité de l'urèthre sur une longueur plus ou moins considérable et dans un point quelconque de son parcours.

Nous ne nous occuperons pas seulement des opérations désignées habituellement sous ce nom ; mais nous parlerons aussi brièvement des interventions nécessitées par des accidents tels que l'*infiltration d'urine* et les *ruptures de l'urèthre*. La nature même de ces interventions, qui sont, en somme, basées sur la découverte, l'incision, la suture de l'urèthre, justifie suffisamment cette réunion.

Il est inutile d'ajouter qu'on n'a guère à étudier l'uréthrotomie que chez l'homme. Il n'y a pas lieu de consacrer un chapitre spécial destiné à l'uréthrotomie chez la femme ; outre la rareté des indications qui la pourraient nécessiter, on comprend facilement qu'il n'est pas possible de formuler un manuel opératoire quelconque à leur sujet.

Au contraire, peu d'opérations ont une importance plus capitale et rendent des services aussi nombreux et aussi efficaces à la chirurgie urinaire de l'homme que la série des uréthrotomies. Leur histoire se confond à peu de chose près avec celle des rétrécissements ; et encore intéressent d'autant plus nos prédécesseurs qu'ils s'attaquaient aux plus nobles urèthres, celui de François Ier, par exemple, celui de Henri IV en particulier. Nous ne pouvons pas décrire ici les innombrables méthodes d'alors ; les unes ressortissaient du cathétérisme forcé, d'autres à la dilatation, d'autres à la cautérisation, etc. On extirpait, on détruisait les carnosités ; on avait des sondes coupantes, etc. Cependant Colot, Franco préludaient à l'uréthrotomie externe, tandis que d'autres chirurgiens introduisaient, un peu plus tard, l'uréthrotomie interne, et que les deux procédés luttaient contre la dilatation, le porte-empreinte, etc.

Il sembla d'abord que l'uréthrotomie interne devînt la favorite. Les efforts de Syme restaurèrent cependant en partie l'uréthrotomie périnéale ; mais cette dernière reçut principalement son impulsion de la crainte causée par les accidents septiques qui rendaient redoutables les interventions endo-uréthrales. L'antisepsie nous a affranchi de ces considérations. Les données de Reybard sont redevenues fondamentales. L'uréthrotomie interne a reconquis le terrain perdu. La petite opération d'Otis (uréthrotomie interne périnéale) montre bien le désir qu'éprouve le chirurgien de ne lui faire que le moins d'infidélités possible. Enfin, l'uréthrectomie, les uréthroplasties sont encore venu diminuer le nombre des uréthrotomies externes typiques. Cependant ces dernières gardent en somme toute leur importance, si on les considère comme opérations préliminaires. Uréthrectomies, uréthroplasties, uréthrostomies, suture d'urèthres rompues, etc., commencent comme des uréthrotomies externes.

Nous étudierons successivement : 1° l'uréthrotomie interne ; 2° l'uréthrotomie mixte (interne périnéale) ; 3° l'uréthrotomie externe ; puis 4° les uréthrectomies ; enfin 5° les opérations pour rupture de l'urèthre ; 6° les opérations pour infiltration d'urine.

I. — Uréthrotomie interne.

Historique. — On peut, si l'on veut, considérer l'uréthrotomie interne comme inaugurée par Physick, qui se servait de canule creuse où il faisait pénétrer un mandrin tranchant à l'extrémité. C'est en 1823 que Mac Ghie inaugura le conducteur qu'Amussat conserve et perfectionne. Reybard, en 1833, établit les principes fondamentaux sur lesquels repose encore l'intervention : inciser profondément et longuement, inciser l'urèthre sain, et non pas seulement le point rétréci. Enfin, parmi l'arsenal instrumental éclos de l'ingéniosité des chirurgiens et des fabricants d'instruments, rappelons l'appareil de Charrière d'où naquit celui de Maisonneuve. Maisonneuve acheva de vulgariser la sonde conductrice. Tandis que la plupart des instruments anciens coupaient d'arrière en avant, son uréthrotome sectionnait d'avant en arrière.

Technique. — La technique que nous employons et que nous allons indiquer est bien connue de tous les chirurgiens ; c'est à peu près exactement celle de Guyon et de l'école de NEcker ; elle utilise le Maisonneuve et incise la paroi supérieure du canal, étant donné que cette dernière est saine ou moins altérée que la paroi inférieure. De plus, les chances d'hémorragies sont bien moindres. Voici du reste les renseignements nécessaires.

Préparation du malade. — En aucun cas, l'antisepsie n'est plus nécessaire que lorsqu'il s'agit de faire une uréthrotomie interne. Cette petite intervention, qui est à la portée de tous les praticiens, exige de la prudence et une propreté chirurgicale absolue ; les accidents infectieux qui, sans elles, pourraient la compliquer sont susceptibles d'acquérir rapidement la plus haute gravité. Il faut donc d'abord préparer le malade.

Si celui-ci a des urines limpides, un appareil urinaire normal, un urèthre non purulent, on peut se contenter d'envoyer le sujet au bain, de désinfecter soigneusement le gland et le prépuce, de faire un large lavage boriqué aussitôt avant l'intervention. S'il reste un peu de sécrétion purulente dans l'urèthre, on fera le lavage du canal avec un soin particulier.

Enfin, dans le cas où il existerait de l'infection vésicale, on tâchera d'éclaircir les urines à tout prix par des lavages de la vessie avec la solution de nitrate d'argent à 1/500. J'ai, pour ma part, de la répugnance à faire l'uréthrotomie interne toutes les fois que je ne suis pas assuré de l'asepsie de l'arbre urinaire. Il n'est jamais nuisible de purger le malade la veille et de lui faire prendre un peu de quinine, 0,80, la veille et le matin de l'opération.

Instruments. — Sauf le cas où l'on se trouve en présence d'une sténose du méat que l'on débride d'un coup de bistouri, l'appareil instrumental est le même quel que soit le siège du rétrécissement qui réclame l'opération et la technique est également constante.

Il faut avoir d'abord 3 ou 4 sondes conductrices, aussi fines que possible, dont une au moins tortillée à son extrémité; 2 ou 3 sondes de Philipps, c'est-à-dire des sondes en gomme munies à leur extrémité d'un ajutage susceptible d'être vissé sur les bougies conductrices; — un uréthrotome de Maisonneuve, avec lame mousse au sommet, glissant sur la concavité du petit cathéter cannelé ; — un long mandrin mince et rigide, également susceptible d'être fixé à l'extrémité des bougies conductrices ; — 2 ou 3 sondes à bout coupé, d'un calibre de 18 à 20 de Charrière) ; — ce qu'il faut pour faire des lavages de la vessie.

Tous ces instruments doivent être soigneusement désinfectés, et l'on vérifiera l'état des ajutages.

Aides. — Un aide est suffisant, même si le malade réclame l'anesthésie ; cette dernière sera de règle si le sujet est nerveux. J'ai toujours recours à l'anesthésie générale, parce que, pour ma part, je redoute la cocaïne.

Opération. — 1° Le malade étant couché, endormi ou non, l'urèthre lavé, on introduit la bougie conductrice huilée très complètement. 2° On visse sur la bougie conductrice le cathéter cannelé conducteur et on le fait pénétrer jusque dans la vessie. 3° On introduit la lame dans la rainure ; l'aide saisit et maintient le gland. On fait glisser à fond la lame dans la rainure et on la ramène; on donne ainsi un seul, ou au plus deux coups d'uréthrotome sur la ligne médiane supérieure. On fait alors subir au cathéter une déviation latérale telle que la concavité de celui-ci regarde une des parois de l'urèthre; on donne un coup d'uréthrotome. Même manœuvre du côté opposé. On retire la lame et on fait un lavage chaud de l'urèthre. 4° On retire le cathéter cannelé ; on le dévisse. Sur la bougie conductrice, on visse une sonde de Philipps qu'on pousse jusque dans la vessie. On vide celle-ci; on fait le lavage de la vessie avec la solution de nitrate d'argent à 1/500, puis avec de l'eau boriquée. 5° On retire la sonde, on la dévisse de la bougie conductrice ; à cette dernière qui, bien entendu, n'a pas été retirée, on adapte le mandrin. Sur celui-ci on enfile la sonde à bout coupé. On les pousse ensemble sur une longueur de 8 à 10 centimètres ; alors on saisit le mandrin et l'on fait glisser sur lui la sonde à bout coupé jusque dans la vessie. On retire alors, à travers la sonde, mandrin et bougie conductrice. On fait un lavage pour évacuer les caillots et s'assurer que la sonde est bien dans la vessie. Enfin on la fixe au prépuce par 2 points de suture.

Pansement. — On poudre le prépuce, le gland, la verge avec de la poudre d'acide borique ; on les enveloppe avec un peu de ouate boriquée ; enfin, on adapte à l'extrémité de la sonde un tube de caoutchouc qui se rend à un récipient quelconque où l'urine coulera.

Soins posts-opératoires. — Si les urines sont limpides, si la température ne dépasse pas 38° le soir, on peut s'abstenir de tout lavage ; dans le cas contraire, on fera 2 fois par jour un lavage avec la solution de nitrate d'argent à 1/500. Il y aura lieu de surveiller étroitement le fonctionnement de la sonde. Cette dernière, normalement, peut être enlevée après 36 heures. Pour moi je préfère la laisser 2 jours ou même 3 jours pour peu que la fièvre ait dépassé 39°, afin de pouvoir surveiller mieux l'évacuation et l'asepsie de la vessie. Une fois la sonde enlevée, on laisse le malade complètement tranquille pendant une semaine ; il a pu reprendre ses occupations. Au bout de ce temps, on lui fait subir une première séance de dilatation avec la série des Béniqué. Cette dilatation est répétée tous les 8 à 10 jours pendant le premier mois qui suit l'opération ; puis 2 fois pendant le second et le troisième mois, chaque 20 jours pendant le quatrième et le cinquième, puis tous les deux mois jusqu'à la fin de l'année. Il est bon de revoir et d'explorer ensuite l'urèthre opéré 2 ou 3 fois pendant chacune des 2 ou 3 premières années ultérieures. Autant que possible on évitera de laisser au malade le soin de surveiller lui-même son urèthre qu'il infecterait très facilement.

Accidents opératoires. — Je laisse de côté la rupture d'une sonde ou tout autre accident instrumental ; on les évitera par une surveillance préalable attentive.

On ne fera de fausses routes que si l'on est brutal ; il faut absolument éviter de déployer une force appréciable. Une fois la bougie conductrice introduite dans la vessie, on est tout à fait assuré de mener à bien l'opération avec un peu de patience. Le seul accident opératoire notable est l'hémorragie qui est parfois abondante, jamais inquiétante. Si elle persistait on aurait recours aux solutions boriquées très chaudes (à 45°). Si ces dernières ne suffisaient pas, on se contenterait d'introduire de suite la sonde. Lorsque l'on n'incise que les parois supérieures et latérales et qu'on ne s'amuse pas à « jouer du violon » dans l'urèthre avec la lame de l'uréthrotome, on n'a rien à redouter.

Accidents post-opératoires. — Ce sont uniquement les accidents d'infection. Bien souvent les opérés ont un peu d'hyperthermie le jour et le lendemain de l'opération. Mais ces accès de fièvre n'ont rien de grave. Ce n'est que par suite de fautes que l'on peut voir apparaître des signes d'infection urinaire grave, fièvre, frissons, albuminurie, délire, langue sèche, etc ; ces accidents ont disparu de la pratique chirurgicale. Si par malheur ils se produisaient et s'annonçaient avec une véritable gravité, et si la désinfection de la vessie n'en venait pas rapidement à bout, il faudrait de suite songer à faire la cystostomie ou l'uréthrotomie externe afin d'assurer un large drainage.

Les résultats éloignés fournis par l'uréthrotomie interne sont excellents ; on peut même les considérer comme à peu près définitifs, pourvu que le malade soit surveillé un peu, et que l'intervention ait été commandée par des indications convenables.

Indications de l'uréthrotomie interne. — Je considère comme justiciable de l'uréthrotomie interne tout

rétrécissement blennorrhagique de l'urèthre, excepté ceux qui sont consécutifs « à la rupture de la corde », c'est-à-dire à la déchirure uréthro-spongieuse provoquée ou spontanée au cours d'une érection blennorrhagique; nous excluons donc rigoureusement les rétrécissements *cicatriciels* contre lesquels elle est à peu près impuissante. Parmi les rétrécissements blennorrhagiques vulgaires, tous ne relèvent pas cependant de l'uréthrotomie interne. D'abord, il faut pouvoir franchir le rétrécissement avec une bougie conductrice. Je pense, pour ma part, qu'on peut rencontrer des sténoses infranchissables ; il y a donc impossibilité matérielle ; c'est pour de tels faits que l'on recommande l'uréthrotomie interne périnéale. En second lieu, l'infection antérieure du périnée (abcès, fistules), d'une manière beaucoup plus nette, une infection vésicale ancienne et rebelle, d'une façon absolue peut-être, l'infection rénale réclament l'uréthrotomie externe, à moins qu'on ne préfère la cystostomie préalable.

II. — Uréthrotomie interne périnéale.

Nous avons ailleurs essayé de rappeler l'attention sur cette opération due à Otis, et qui n'est pas connue et pratiquée comme elle le mérite (1). Elle repose sur le principe de Reybard qu'il faut inciser l'urèthre, et l'urèthre sain, plutôt que le rétrécissement même, parce que tout tissu cicatriciel a des tendances à la récidive. C'est, nous l'avons vu, le fondement de l'uréthrotomie interne ; c'est aussi l'élément principal de sa supériorité. Il y a donc intérêt à multiplier tous les efforts pour arriver à lui emprunter ces résultats. Elle n'offre du reste aucune difficulté de plus que l'uréthrotomie externe.

Pré-opération. — Instruments. — Ce sont, d'une part, tous les instruments signalés précédemment pour l'exécution de l'uréthrotomie interne. Il faut de plus deux ou trois Béniqué de faible calibre, un bistouri, une demi-douzaine de pinces hémostatiques, des pinces à griffes, des pinces à dissection, des ciseaux, une sonde cannelée, des catguts sur des aiguilles courbes.

Préparation du malade. — Bain. Désinfection autant que possible de l'urèthre et de la vessie. Le périnée est rasé et désinfecté. Le malade est mis et maintenu dans la position de la taille, ou dans la sacro-dorsale.

Aides. — Un aide pour l'anesthésie qui est à peu près de rigueur. Un aide pour les instruments et pour le cathéter; au besoin, si l'on a de bonnes béquilles, cela peut suffire. En général, un troisième est utile pour maintenir la position de l'opéré.

Opération. — Le malade est mis dans la position de la taille ; on introduit un Béniqué de petit calibre qu'on pousse jusqu'au rétrécissement et qu'on maintient. Les bourses sont relevées. 1° Incision médiane du périnée dont la longueur varie suivant l'adiposité ou la maigreur de la région. Avec un périnée normal, deux centimètres suffisent, mais il n'y a aucun inconvénient à la faire plus longue. L'incision porte sur le point où le doigt sent le bec du cathéter arrêté par la sténose. En incisant couche par couche, on découvre l'urèthre à ce niveau. 2° Ponction et incision de l'urèthre sur 0,01 de longueur, juste en avant du rétrécissement. Avec deux crochets aigus, ou avec deux pinces, on saisit chaque lèvre de l'urèthre sectionné. 3° Avec une bougie filiforme ordinaire, munie bien entendu d'un ajutage, on s'efforce de pénétrer dans le bout postérieur, et de la pousser jusque dans la vessie. Cela fait, on retire le Béniqué. On fait pénétrer la tête de la bougie dans le segment périphérique de l'urèthre, de manière qu'elle vienne ressortir au méat. On termine l'opération comme s'il s'agissait d'une uréthrotomie interne 4° Suture de l'urèthre : un premier plan du catgut pour rapprocher les lèvres de l'urèthre ; — un second plan, également du catgut, destiné à réunir les parties profondes par des points interstitiels perdus ; — un troisième et dernier plan pour réunir les lèvres de l'incision cutanée. Ces sutures seront d'ailleurs les meilleurs moyens d'achever complètement une hémostase nécessaire pour la réunion immédiate. Il sera bon de mettre un drain petit et court.

Soins post-opératoires. — On enlèvera le drain le second jour. Si l'asepsie urinaire le permet, on ne fera point de lavages. Il faudra laisser la sonde à demeure six jours afin que la réunion de la boutonnière ait le temps de se faire assez solidement. Pour tout le reste, on procédera comme après l'uréthrotomie interne habituelle. La guérison totale demande huit à dix jours.

Indications. — L'existence d'une sténose non cicatricielle, sans infection urinaire notable concomitante, et que les bougies conductrices introduites par le méat n'auront pas réussi à franchir.

III. — Uréthrotomie externe.

Historique. — L'uréthrotomie externe a été pratiquée et conseillée dès le XVIIIe siècle. L'observation de Colot en est une véritable. J.-L. Petit faisait une boutonnière périnéale en avant du rétrécissement, par laquelle il tâchait de faire pénétrer une sonde dans la vessie. L'enseignement de Desault fit rentrer dans l'ombre l'uréthrotomie externe que les chirurgiens anglais pratiquaient cependant quelquefois lorsque Syme, en 1844, réussit à la restaurer. Syme pensait que tout rétrécissement peut être franchi par une sonde; ainsi il faisait l'uréthrotomie externe sur conducteur ; après avoir fendu l'urèthre en avant du rétrécissement, il incisait ce dernier. L'uréthrotomie externe sur conducteur reprit bientôt une faveur que nous sommes portés à expliquer par la fréquence et la gravité de l'infection qui compliquait alors si souvent l'uréthrotomie interne. Actuellement, elle a perdu beaucoup de terrain. D'abord, sauf infection périnéale, on ne pratique plus guère l'uréthrotomie externe que pour rétrécissement infranchissable (il y en a !) et par conséquent on la fait sans conducteur. En second lieu, la méthode d'Otis montre la préoccupation très justifiée des opérateurs d'inciser l'urèthre sain plutôt que le rétrécissement. Enfin, le développement de l'uréthrectomie est encore venu restreindre le nombre des uréthrotomies externes. Cependant, c'est encore une opération souvent indiquée et souvent pratiquée.

Pré-opération. — Préparation du malade. — Elle se fait comme il a été dit lorsque nous avons décrit l'uréthrotomie interne périnéale.

Instruments. — Il en est de même des instruments. Il faut toujours avoir à sa disposition le matériel de l'uréthrotomie interne ordinaire. Ne pas oublier un ou deux fins stylets d'argent et une petite sonde cannelée.

Aides. — Un aide pour l'anesthésie, un pour la surveillance des jambes et du pénis, pour le cathéter, etc.,

(1) *Arch. prov. de Chir.*, mai 1895.

*

un pour aider à la plaie, le chirurgien prenant ses instruments lui-même. Je me suis toujours très bien trouvé de l'irrigation à peu près continue pratiquée avec un filet d'eau boriquée et telle que Schrœder la recommandait en gynécologie.

Opération. — Toutes les fois qu'on le pourra, on fera l'uréthrotomie externe sur conducteur, car c'est alors une opération extrêmement simple et facile ; mais on a vu qu'on en a bien rarement l'occasion. C'est donc l'uréthrotomie externe sans conducteur que l'on exécute. Le principe est d'ouvrir l'urèthre en avant et le plus près possible de la sténose; de couper longitudinalement le rétrécissement même, c'est-à-dire la paroi inférieure du canal; d'introduire dans la vessie une sonde à demeure qui ressorte par le méat normal ; de restaurer le plus vite et le mieux possible le calibre et la continuité de l'urèthre.

Ainsi, nous avons quatre temps opératoires : 1° Ouverture de l'urèthre ; 2° Recherche du bout postérieur ; 3° Etablissement de la sonde ; 4° Traitement de la plaie uréthro-périnéale.

1° *Ouverture de l'urèthre.* — On procède comme il a été dit. Il faut autant que possible faire l'hémostase au fur et à mesure afin d'y voir clair.

2° *Recherche du bout postérieur.* — C'est le temps difficile de l'opération. Neuf fois sur dix, il n'offre aucune difficulté; la dixième on échoue malgré toutes les tentatives. Si, comme nous l'avons dit, on n'a jamais perdu de vue les parties latérales du canal, fixées par des pinces ou des crochets, on suit la voûte supérieure de l'urèthre, en allant en arrière, puis en haut. Pour peu que la région soit cicatricielle, on peut ne pas y réussir. Avec un stylet, on essaie très doucement de pénétrer dans l'urèthre postérieur et la vessie. On prolonge l'incision de l'urèthre aussi longtemps que cela est nécessaire et tant qu'on n'a pas dépassé le retrécissement lui-même.

Une fois qu'on est parvenu à faire pénétrer, soit un stylet, soit une sonde filiforme, on peut considérer la partie délicate de l'intervention comme achevée. Encore fera-t-on bien de ne pas retirer le conducteur avant d'avoir assuré le troisième temps de l'opération.

On le voit, on incise le retrécissement même ; pour ma part, je suis tout prêt, à l'avenir, à fendre en même temps l'urèthre sur son arête supérieure médiane, de telle sorte que conformément au principe de l'uréthrotomie interne, l'élargissement du canal se fasse en tissu sain. Que faire dans le cas où l'on ne parvient pas à découvrir le bout postérieur après de longues et patientes recherches ? On a vivement recommandé le cathétérisme rétrograde. A vrai dire, c'est un bon moyen, mais je le trouve un peu excessif dans l'immense majorité des cas. Le mieux est de suivre un exemple souvent donné et dont j'ai profité. On laisse réveiller le malade et on le fait uriner. On voit alors facilement par où s'échappe l'urine; de plus celle-ci en jaillissant, redresse et fait voir l'urèthre dissimulé dans la partie supérieure et profonde de la plaie. Il n'y a aucun inconvénient à renvoyer le complément de l'opération au lendemain, à condition de faire un bon tamponnement du périnée. On recommande au malade de garder ses urines ; on le remet dans la position de la taille et sans anesthésie, et on le fait uriner. Même après cela on peut très bien suturer l'urèthre et le périnée. Cette manière de faire n'est pas très brillante, mais elle est, évidemment pour le malade, préférable à l'ouverture sus-pubienne de la vessie. On peut toujours recourir au cathétérisme de Verguin, lorsque tout autre moyen a échoué.

3° *Etablissement de la sonde.* — Suivant le conducteur qu'on a introduit dans la vessie à travers le segment postérieur du canal, on fait glisser une sonde conique olivaire n° 18 à 20. On a préalablement décapité celle-ci de son bourrelet de cire rouge, de telle sorte qu'on peut en faire passer la tête dans le segment antérieur uréthral, de manière à ce qu'elle vienne ressortir au méat. Il est plus commode d'agir de la sorte que d'essayer de cathétériser le segment postérieur avec l'extrémité d'une sonde introduite d'emblée par le méat. Au reste, c'est affaire de choix du moment, et le procédé est subordonné aux circonstances. Si d'aventure, le segment antérieur de l'urèthre présentait des sténoses, il faudrait y donner un coup d'uréthrotome. Une fois la sonde introduite, on en vérifie la perméabilité, on s'assure qu'elle pénètre bien dans la cavité vésicale, et on la fixe au prépuce par deux points de suture.

4° *Traitement de la plaie uréthro-périnéale.* — Deux cas : ou bien le périnée est infecté, ou bien non. Si le périnée est infecté (abcès, fistule), on râcle les tissus fongueux, les trajets, les parois ; on excise les callosités qu'on peut atteindre, et on laisse la plaie complètement et largement ouverte après l'avoir tamponnée avec de la gaze iodoformée. On doit laisser la sonde à demeure une dizaine de jours, ou même encore plus longtemps si le malade ne se plaint pas. Il faut à peu près 2 à 3 semaines pour que la plaie de l'urèthre se ferme. Si le périnée est aseptique, il y a tout avantage à faire la suture de l'urèthre et de la région. Cette suture comprend trois plans. Un premier plan a pour but, non pas de réunir, mais seulement de rapprocher les lèvres de l'urèthre fendu. Si on incise longitudinalement la voûte uréthrale, on aura peut-être assez de jeu pour pouvoir réunir les lèvres de la section inférieure du retrécissement; mais je n'ai pas eu occasion de l'essayer, et je ne sais pas si d'autres l'ont tenté. Quoi qu'il en soit, on passera des catguts fins montés sur des aiguilles courbes dans les tissus exactement juxta-uréthraux, de manière qu'ils sortent le plus près possible de la muqueuse qu'il ne faut pas perforer. On serre les fils et on constitue un premier étage uréthral de suture destiné à mouler le futur urèthre sur la sonde. Un second plan de catguts interstitiels affronte en bloc les tissus mous, muscles et aponévroses, divisés sur la ligne médiane. Un troisième plan pour la peau. Il est plus sûr de laisser un petit drain pendant les deux premiers jours.

Soins post-opératoires. — Si l'on a suturé on peut enlever la sonde le sixième ou septième jour. Jusque-là il est préférable de ne pas faire de lavages vésicaux, sauf l'indication impérieuse (infection). Si la plaie périnéale s'infectait, on ferait sauter les sutures superficielles. En général, la réunion se fait partiellement, avec une petite fistulette qui laisser suinter un peu d'urine pendant sept à huit jours, sans amener la désunion de la plaie. Souvent la réunion s'opère intégralement. Quand la sonde a été enlevée, on laisse le malade au repos deux ou trois jours. Puis on fait une première séance de calibrage avec des Béniqué. Il faut aller très prudemment les premières fois. Le soin du calibre du canal est ici délicat et difficile. On doit faire des cathétérismes bi-hebdomadaire pendant les deux premiers mois post-opératoires, en allant aussi loin que possible. Puis toutes les semaines, puis tous les quinze

jours, etc. On doit surveiller le calibrage pendant deux à trois ans, tous les deux mois au moins, et ne jamais perdre de vue les opérés. Je n'hésite pas à dire que l'on a sensiblement plus de chances de récidives après l'uréthrotomie externe qu'après l'uréthrotomie interne. Cependant avec des soins prolongés, on peut parfaitement en obtenir des résultats durables et au moins définitifs.

Accidents. Accidents immédiats. — On ne peut pas considérer comme tels les difficultés qui se présentent dans la recherche du bout postérieur. Les autres accidents sont extrêmement rares. On ne peut blesser le rectum que si l'on agit fort étourdiment. Si l'on craignait de s'en être trop rapproché on ferait pratiquer le toucher rectal par un aide expérimenté. Autant que possible, on apportera la plus grande attention à rester bien sur la ligne médiane, et on laissera de côté toute préoccupation d'élégance et d'éclat opératoires. Les hémorragies n'ont aucune importance, et les pinces hémostatiques suffisent facilement pour en venir à bout. La crainte des hémorragies bulbaires nous a toujours paru chimérique. Si l'on veut obtenir une hémostase absolue, d'ailleurs nécessaire pour une bonne réunion, on y parvient facilement par des fils interstitiels ; il est bon alors de se servir de fines aiguilles.

Accidents secondaires. — Les accidents infectieux n'offrent ici pas de gravité, sauf, bien entendu, ceux qui sont d'une nature spéciale : érysipèle, gangrène, etc. L'infiltration d'urine ne se produit pas, parce que l'urine filtre à travers la suture si elle pénètre dans le périnée. Cependant, nous l'avons dit, si l'on redoutait la suppuration, si l'on avait dû opérer à travers un périnée dur, semé d'abcès ou de fistules, si enfin on ne se trouvait pas en mesure de surveiller de près le malade, le mieux serait de laisser le périnée complètement ouvert et simplement tamponné.

Indications. — On les connaît déjà ; voici cependant comment on peut les résumer à nouveau. D'abord : l'existence d'un rétrécissement uréthral infranchissable, surtout si ce rétrécissement est une sténose blennorrhagique vulgaire ; s'il s'agit d'une cicatrice vraie, d'origine traumatique, la section externe donnera des résultats bien supérieurs à ceux de l'uréthrotomie interne, mais inférieurs à ceux de l'uréthrectomie ou de certaines uréthroplasties. Ensuite : l'infection du périnée. D'excellents opérateurs font l'uréthrotomie interne avec des périnées fistuleux et suppurés ; je dois dire qu'en pareil cas je préfère quelquefois l'uréthrotomie externe. Si la lésion uréthrale est accompagnée d'induration étendue, de callosités, l'uréthrotomie externe semble absolument réclamée ; il faut seulement s'attendre à être obligé d'y associer des résections plus ou moins étendues, plus ou moins complètes du canal même ou des tissus adjacents. Je pense aussi qu'il vaut mieux recourir à l'uréthrotomie externe, si l'on a affaire à de vieux rétrécis dont les reins et la vessie sont infectés depuis longtemps. Je rappelle qu'en pareil cas, Rollet a fait et recommandé la cystostomie. C'est une manière de faire très logique ; il semble sage alors d'attendre le relèvement de l'état général, de maintenir le drainage vésical, et d'exécuter l'uréthrotomie interne que la possibilité immédiate du cathétérisme rétrograde rendra toujours réalisable.

IV. — Uréthrectomie.

Historique. — Il est juste et suffisamment exact de reconnaitre à Bourguet (d'Aix) le mérite d'avoir introduit en thérapeutique chirurgicale la résection de l'urèthre ; elle fut d'ailleurs mal accueillie par l'Académie de chirurgie. Les uréthrectomies ont été ressuscités par Daniel Mollière et vulgarisées par Guyon, tandis que König et d'autres chirurgiens, Dittel en particulier, leur donnaient la même extension en pays de langue allemande. Nous renvoyons du reste le lecteur aux excellents articles que Vignard, en juillet 1892, et H. Villard, en mars 1894, ont publiés dans les *Archives provinciales de Chirurgie.* Ces travaux pourront fournir un grand nombre de renseignements.

Définition. — Il est nécessaire de déterminer le sens exact du terme de *uréthrectomie.* Deux cas se présentent : ou bien l'opération est réclamée par l'existence de masses cicatricielles et infectées, plus ou moins volumineuses, occupant d'ordinaire le périnée, et par conséquent adhérentes à la partie supérieure de l'urèthre ; le type en est fourni par les vieux périnées fistuleux dont l'existence nous paraît d'ailleurs beaucoup plus rare qu'autrefois, c'est-à-dire qu'il y a une dizaine d'années. En pareil cas, le chirurgien a été et est amené à faire l'excision de ces masses ; la résection de l'urèthre n'est jamais totale ; on enlève seulement la partie adhérente, et l'on fait en somme une *uréthrectomie partielle* où l'uréthrectomie même n'a qu'un rôle secondaire. Au contraire, certaines sténoses dont le type est fourni par les rétrécissements cicatriciels d'origine traumatique sont justiciables de l'excision totale de la cicatrice qui est annulaire et du segment correspondant de l'urèthre. On fait alors une *uréthrectomie typique* dont les procédés d'uréthroplastie semblent d'ailleurs avoir un peu restreint les indications. Nous nous occuperons successivement de l'une et de l'autre méthode.

L'uréthrectomie partielle. — Il est complètement impossible d'en donner une description précise, parce que les circonstances où se trouve l'opérateur sont éminemment contingentes. Cependant, on peut pour plus de clarté distinguer trois temps opératoires : 1° la recherche et la découverte de l'urèthre ; 2° la résection ; 3° la suture.

1° *Recherche et découverte.* — On les pratique exactement comme s'il s'agissait de commencer une uréthrotomie externe ordinaire. On a introduit un cathéter si possible ; dans le cas contraire, on s'en passe. Position de la taille ; incision médiane, large. S'il y a un conducteur, on va à sa découverte ; s'il n'y en a pas, on se repère sur l'extrémité d'un cathéter introduit aussi profondément que possible. Une fois le segment postérieur de l'urèthre reconnu, on s'occupe des masses calleuses qu'on extirpe comme des tumeurs. En général, on les a fendues pour arriver à la lumière de l'urèthre. Presque toujours elles sont inférieures et latérales, et la voûte supérieure du canal est saine ou à peu près. On la conserve donc.

2° *Résection.* — Si les callosités sont infectées, il faut les enlever largement ; sinon on se contente d'inciser les parties très dures et très malades. Les tissus infiltrés modérément reviendront très bien ; mais il est évident qu'il faut emporter tout ce qui est cicatrice, c'est-à-dire tissu fibreux. On se guide surtout avec le doigt qui reconnaît l'état des tissus, et les ciseaux sont peut-être plus utiles que le bistouri. Je crois qu'il est préférable d'agir ainsi par morcellement que d'enlever d'un bloc la masse calleuse qu'il est peu exact de traiter comme une tumeur. En général, on est obligé d'opérer d'avant en arrière, parce que le plus souvent

la lésion est étendue et qu'on n'en saisit pas toujours bien la terminaison. Si le calus était bien limité et court, on aurait intérêt à le soulever, à le disséquer en l'énucléant avec le doigt et les ciseaux, avant d'ouvrir le canal. Il faut alors isoler l'urèthre en avant et en arrière de la lésion, sans l'ouvrir, ou du moins sans le fendre. On le ponctionne en arrière des callosités, et on s'assure immédiatement du bout postérieur. Mais cette technique est applicable principalement lorsque l'on se trouve en présence de rétrécissements cicatrisés et courts qui sont en somme justiciables de l'uréthrectomie totale. En tous cas, on voit que la résection même de l'urèthre est un accessoire de l'intervention : que celle-ci porte avant tout sur les callosités : qu'en général, la perte de substance porte principalement sur la partieinférieure et latérale de l'urèthre : que la continuité de ce dernier est respecté en haut ; enfin qu'en un mot, on n'est pas dans des conditions bien différentes de celles où vous mettent la majorité des uréthrotomies externes.

3° *Suture.* — Si la résection, même partielle, de l'urèthre a été un peu étendue, si elle atteint 30 millimètres, 25 même, on ne peut guère songer à faire une restauration complète, c'est-à-dire à suturer complètement les parois uréthrales bout à bout. Il faut donc en pareil cas se contenter de refaire un calibre uréthral sur la sonde à demeure ; on n'a qu'à se reporter à ce que nous avons dit précédemment quand nous avons étudié l'uréthrotomie externe ordinaire. Les recherches de Guyon qui a beaucoup recommandé cette manière de faire, et celles de ses élèves (Noguès), ont montré qu'il se reformait un canal revêtu d'épithélium capable de conserver un calibre convenable. On comprend facilement, en pareil cas, combien la conservation de la voûte supérieure uréthrale est importante comme amorce de l'épithélisation. La seule différence entre la suture que l'on pratique après la résection partielle de l'urèthre et celle qui complète l'uréthrotomie externe réside en ce fait que l'on exécute un seul plan interstitiel qui affronte les feuillets lamelleux les plus rapprochés de l'urèthre et les muscles bulbo-caverneux. Il faut, bien entendu, que le fil le plus antérieur et le plus postérieur soit au contact immédiat des extrémités de l'urèthre. Les sutures doivent être très rapprochées. Si la perte de substance uréthrale est inférieure à 25 millimètres, et que les parois du canal soient souples, saines et rapprochables, on suture bout à bout les extrméités du canal sectionné. Il est bon en pareil cas, de se servir d'une sonde à demeure un peu plus petite, 15 à 16, environ. Les fils de catgut fins, peu résorbables, ne seront pas trop nombreux, 3 ou 4 au plus. Autant que possible, les fils ne doivent pas traverser la muqueuse ; il est de toute nécessité que les bouts affrontés soient bien en contact.

Au-dessous de la suture, on restaure le périnée comme il a été dit.

Uréthrectomie totale. — Ici l'opération porte sur l'urèthre même qui est excisé en totalité. Ce que nous venons de dire nous dispense de nous étendre longuement sur la question. Cependant quelques modifications importantes doivent être apportées.

1° *Recherche et découverte.* — Elle doit être faite largement et prudemment, car c'est en explorant l'urèthre découvert qu'on pourra juger de la possibilité et de l'indication de l'intervention. Il faut donc isoler autant que possible la cicatrice des tissus voisins afin de se rendre compte de son étendue, de ses rapports avec le voisinage et de la nécessité de faire porter la résection sur tout le canal, y compris sa paroi supérieure. Il faut aussi être bien fixé sur la longueur d'urèthre à retrancher.

2° *Résection.* — Une fois que ces renseignements sont obtenus, quand on a pu se rendre compte que la longueur retranchée ne dépassera pas 25 millimètres, et que d'autre part, les surfaces de section de la paroi uréthrale seront assez saines pour se mobiliser et se suturer, on procède à la résection.

En pareil cas, il est préférable de ne pas fendre le retrécissement comme dans l'uréthrotomie externe, comme dans l'uréthrectomie partielle. On sectionne l'urèthre immédiatement en arrière du retrécissement, et on s'assure du bout postérieur par des fils ou des pinces, ces dernières ayant d'ailleurs l'inconvénient de léser des tissus qu'il faut respecter dans la mesure du possible. Puis l'on coupe de même l'urèthre immédiatement en avant du tissu cicatriciel, et avec les doigts on énuelée et on dissèque doucement le fragment à enlever.

Cela fait, l'hémostase assurée, on passe une sonde à demeure de petit calibre.

3° *Suture.* — On l'exécute comme il a été dit. Seulement ici, le placement du fil supérieur offre quelques difficultés, et l'on a souvent de la peine à ne pas le faire passer dans la lumière uréthrale. Je crois qu'il est préférable de serrer les fils au fur et à mesure qu'on les place. On commence par en mettre aux quatre points cardinaux. Si ceux-ci ne suffisent pas pour opérer une réunion telle que la sonde ne se voie plus, on en ajoute deux ou trois, suivant les besoins. Tous ces fils prennent autant de tissu que possible et sortent immédiatement au-dessous de la muqueuse. Au-dessous, on restaure le périnée en étages.

Traitement post-opératoire. — Quoi qu'il ait été dit il est préférable de mettre une sonde à demeure qu'on peut enlever le quatrième ou cinquième jour. Vers le dixième on fait le cathétérisme pour s'assurer de l'état du canal. Dans tous les cas, il est bon de commencer par des bougies conductrices sur lesquelles on visse des sondes de Philipps. Sinon, on se sert de Béniqué.

Accidents. — L'hémorragie n'est pas à redouter,non plus que l'infection, surtout si on laisse un petit drain. Il peut arriver que la réunion ne soit que partielle, mais la fistule qui reste se répare d'ordinaire spontanément et assez vite. Si la suture lâchait complètement, on se trouverait dans les conditions d'une uréthrotomie externe ; mais on aurait plus de peine à établir la continuité, et la surveillance serait plus délicate.

Indications. — L'uréthrectomie totale est susceptible de donner des résultats d'autant plus brillants que le canal peut se réparer par cicatrice linéaire, ni fibreuse, ni rétractile. Cependant je pense que les indications en sont assez exceptionnelles. Il faut, pour pouvoir la faire, se trouver en présence de rétrécissements cicatriciels, d'origine traumatique, assez courts pour ne pas faire une brèche supérieure à 25 millimètres, assez étendus et assez compacts pour n'être pas justiciables de l'uréthroplastie longitudinale que nous décrirons ultérieurement D'autre part, l'uréthrectomie partielle est au contraire une opération excellente, très expressément réclamée par l'existence de callosités et de foyers infectieux anciens dans le périnée. Enfin les cicatrices d'origine traumatique très étendues, qui, on le sait, créent

des sténoses invinciblement récidivantes, réclament toujours une exérèse plus ou moins étendue. Au reste, je pense qu'il faut rendre très rares les occasions de faire ces opérations très intéressantes, mais parfois un peu chanceuses. On y arrive facilement si l'on consent à soigner comme il convient les accidents qui y conduisent le plus souvent après un temps plus ou moins prolongé. Je veux parler des ruptures traumatiques de l'urèthre, et de l'infiltration d'urine. Nous allons en étudier rapidement le traitement opératoire.

(*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le tueur de bergers.

Maintenant que l'impulsion épileptique a fait œuvre grande et sans précédent, que le cycle de Vacher s'est accompli sous les yeux d'une gendarmerie impuissante, l'appareil judiciaire mis en mouvement depuis plusieurs semaines fonctionne comme d'usage et fonctionnera, nous promet-on, jusqu'aux premières cerises. Que sortira-t-il de tout cela ?

Des éléments de la cause considérés *in globo*, et sans pénétrer la psychologie de ce nouveau numéro de l'aliénation délinquante, de ce dégénéré chez lequel il semble d'ailleurs que les troubles psychiques, les troubles d'inversion sexuelle aient eu pour point de départ un amour normal, troublé violemment dans son évolution, de l'ensemble de ces faits, retenons au moins l'enseignement.

Et d'abord Vacher aurait-il eu la voie libre aux viols et meurtres qu'il commit, si les médecins des asiles de Dôle et de Saint-Rambert, où il fut interné, avaient eu connaissance des circonstances de la tentative d'assassinat de sa fiancée, des antécédents judiciaires, du dossier de leur malade? Cela n'est pas présumable et une fois de plus nous souffrons de cette lacune législative. — En second lieu, l'instruction nous apprend que Vacher, par intermède, non content de fumister Pandore, a voulu donner le salut d'obédience aux magistrats d'Angers et de Tournon, et que dans ces villes il fut arrêté et jugé pour vagabondage. Si la mesure de l'*Inspection médicale des inculpés* lui avait été appliquée, est-il besoin de dire que son état mental eût été reconnu et la série de ses crimes interrompue?

Enfin, à ceux qui viennent dire, avec la loi et avec raison peut-être, qu'un aliéné considéré comme guéri ne doit pas être gardé à jamais à l'asile dans la crainte de crimes ou de délits futurs; que la liberté individuelle ne doit pas etre sacrifiée à des exigences exagérées de l'intérêt social; que, pour une récidive possible, l'on ne saurait détenir de nombreux aliénés, à ceux-là nous répondrons que, dans le conflit élevé entre l'intérêt social et l'intérêt individuel, une transaction est très réalisable.

Au sortir de l'asile, tout aliéné doit être considéré comme un taré, en puissance de récidive et de déclanchement criminel; que l'on organise alors une manière discrète de surveillance de haute police; que l'aliéné d'hier soit astreint à se présenter périodiquement devant un médecin de l'asile ou d'ailleurs, chargé de lui délivrer un certificat de capacité mentale, d'aptitude à la vie sociale, certificat donné pour un certain temps et renouvelable à périodes plus ou moins éloignées, suivant l'état psychique de l'aliéné !

Quant à Vacher, une commission médicale vient d'être chargée de son examen mental; les conclusions des experts seront-elles acceptées ? Ou bien cette commission n'a-t-elle été nommée que comme satisfaction gratuite à l'opinion dont le bon sens crie folie ? Car nous sommes à une heure troublée, à un tournant de la conception de criminalité, et cependant que Brid'oison, inquiet tout de même, continue la procédure de tradition, cette question de la responsabilité tôt allumée, tôt éteinte, comme notion qui s'éveille, vient pourtant s'imposer à chaque nouvelle affaire criminelle. La force des choses fera cette révolution dont la magistrature ne veut pas ; mais l'horizon est gros de l'orage prochain et la tourmente s'annonce, qui doit emporter la magistrature.

Vacher sera-t-il réintégré à l'asile, dont il n'aurait pas dû sortir; ou bien, après avoir été déclaré bon pour la folie, l'ancien pensionnaire de Dôle et de Saint-Rambert, le chemineau sadique, pourvu de ses parchemins d'aliénation mentale, sera-t-il, contribution à une nouvelle charretée d'erreurs judiciaires, renvoyé devant la Cour d'assises ?

Mais, alors, en cette occurence, à côté de la légion des indifférents, nous serions bien quelques protestataires, quelques critiques de l'œuvre dénommée de justice, qui à bon droit et faute de mieux demanderions si, en définitive, ce serait bien la tête de Vacher et non la nôtre que Brid'oison voudrait s'offrir.

Henry Lemesle.

Unité de l'Assistance publique dans le Département de la Seine.

Parmi les arguments qui militent en faveur de cette idée que nous avons toujours soutenue et qui pourrait être réalisée sans causer de préjudice à aucun des hauts fonctionnaires qui dirigent des fragments plus ou moins importants de l'Assistance publique à Paris et dans le département de la Seine, il en est deux que l'on peut tirer des concours multiples et de l'inscription des candidats. Sur ce dernier point, auquel nous nous bornerons aujourd'hui, deux faits récents sont démonstratifs :

1° Un candidat à l'un des concours de décembre a dû rompre ses relations avec l'une des Assistances publiques, ce qui n'a pas empêché une autre des Assistances publiques de l'inscrire comme candidat, mettant ainsi le jury dans l'obligation d'entendre les épreuves d'un candidat qui, s'il fait de bonnes épreuves, ne sera peut-être pas nommé par le Préfet, bien que, personnellement après plus ample information, nous plaiderions en sa faveur.

2° Un jeune homme est nommé interne.... dans un établissement départemental du ressort de l'une des deux préfectures et aussi interne dans un second établissement départemental du ressort de la seconde préfecture, ce qui constitue un double interne et à l'Administration une situation anormale.

De tels faits seraient impossibles, s'il y avait unité d'Administration d'Assistance publique. Mais bien d'autres arguments, tirés de l'intérêt des malades, des familles et des finances militent à l'appui de notre thèse : Nous y reviendrons.

Bourneville.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 décembre 1897.

La cholestérine et les sels biliaires vaccins chimiques du venin de vipère.

M. Phisalix. — Le mécanisme par lequel les *toxines microbiennes et les venins traversent le tube digestif* sans produire d'accidents a fait l'objet de nombreux travaux. Depuis plusieurs années, j'étudie ce sujet, et j'ai constaté que des doses minimes de bile, soit de serpent, soit de mammifère peuvent neutraliser une dose mortelle de venin. En outre, j'ai été amené à reconnaître que les sels biliaires et la cholestérine exercent vis à-vis du venin une action immunisante. J'indiquerai, tout d'abord, par quel enchaînement des idées et des faits j'ai été conduit à cette constatation.

Nous avons montré, M. Bertrand et moi, qu'il existe, à des degrés divers dans le sang de vipère, de couleuvre, de hérisson, de cobaye, de cheval, des principes immunisants contre le venin de vipère. Depuis, j'ai vu qu'il en est de même chez l'anguille, la grenouille, le crapaud, le chien. D'où viennent ces principes, dont la présence dans le sang est si répandue ? En grande partie des glandes digestives, glandes labiales supérieures, foie, pancreas chez la vipère et la couleuvre. Mais ce n'est pas là un attribut spécial aux glandes digestives des reptiles. Chez le chien, le pancréas et le foie fabriquent aussi ces mêmes principes. Il suffit, par exemple, de 20 à 30 milligrammes du précipité alcoolique du suc de pancréas, pour immuniser un cobaye contre une dose mortelle de venin de vipère. Ces substances antivenimeuses déversées dans le sang par la sécrétion interne, ne seraient-elles pas aussi éliminées par la sécrétion externe, et ne contribueraient-elles pas à neutraliser l'action des venins dans le tube intestinal. C'est en effet ce qui a lieu, du moins pour la bile dont j'ai étudié les effets sur le venin Sans insister sur le détail des expériences, je dirai qu'il suffit de 20 à 30 milligrammes de bile sèche de vipère pour neutraliser une dose de venin mortelle pour le cobaye, ou pour le vacciner contre ce venin.

A quelles substances faut-il attribuer les propriétés antivenimeuses de ce liquide complexe ? Dans le but de les déterminer, j'ai d'abord essayé quelques procédés faciles, et j'ai reconnu que ni la décoloration sur le noir animal, ni la filtration sur porcelaine, ni le chauffage à l'ébullition pendant vingt minutes, ne font perdre à la bile ses propriétés. Il faut, pour obtenir ce résultat, la maintenir à la température de 120° pendant vingt minutes. Ces expériences ne donnant pas sur la nature des principes antivenimeux des indications suffisantes, j'ai étudié séparément les corps qui entrent dans la composition de la bile, et en particulier les sels biliaires et la cholestérine.

Voici ce que j'ai observé : Les sels biliaires exercent vis-à-vis du venin de vipère une action neutralisante très nette. La cholestérine possède les mêmes propriétés, mais en outre elle est manifestement antitoxique.

En résumé, les sels biliaires exercent vis-à-vis du venin de vipère la même neutralisation chimique que la bile entière. Dans les deux cas, cette propriété est détruite par un chauffage à 120° pendant vingt minutes. Ils possèdent aussi une action vaccinante, mais non antitoxique. Leur présence permet donc d'expliquer les propriétés de la bile. Quant à la cholestérine, la quantité contenue dans 20 milligrammes de bile est certainement inférieure à la dose nécessaire pour immuniser, dose qui est aussi de 20 milligrammes environ. Il n'est donc pas surprenant que le chauffage à 120°, tout en laissant intacte la cholestérine, détruise les propriétés de la bile. Il est possible aussi que d'autres substances antivenimeuses, encore indéterminées, existent dans la bile. Quoi qu'il en soit, le fait intéressant à retenir, en dehors de toute application à la bile, c'est que la cholestérine pure, malgré son peu de solubilité et ses faibles affinités chimiques, immunise contre le venin de vipère. C'est là un fait difficile à expliquer pour le moment, mais qui mérite d'être signalé comme le premier exemple connu d'un composé chimique défini qui agisse comme un vaccin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 décembre 1897.

Hystérotomie sphinctérienne.

M. Defontaine (du Creusot) supprime de propos délibéré les fonctions du sphincter utérin par une section portant sur toute l'épaisseur de la ligne médiane antérieure de l'utérus, remontant jusqu'à la cavité du corps et dont les lèvres se cicatrisent isolément. Il en résulte l'évacuation facile et durable du contenu pathologique retenu dans la cavité utérine par la contracture si fréquente et si nuisible du sphincter. Consécutivement toute infection ascendante des trompes est arrêtée (comme l'est après la cystostomie l'infection des uretères et des reins) et les parois utérines distendues et épaissies, subissent une involution vers l'état normal. Cette opération nouvelle est indiquée dans les métrites chroniques dans lesquelles la contracture du sphincter est marquée et la cavité du corps agrandie ; dans les flexions utérines rendues douloureuses par la métrite concomitante ; dans les divers retrécissements du col ; dans les dysménorrhées d'origine utérine. Dans la métrite blennorhagique elle constituerait un moyen rationnel d'empêcher l'infection ascendante des trompes. Quoique d'une bénignité absolue, cette opération doit être limitée aux cas graves, qui mettent par eux-mêmes obstacle à la conception (la métrite blennorrhagique est de ce nombre), car une grossesse est presque impossible si le sphincter utérin est rompu. Lorsque la guérison de la maladie primitive est assurée, une opération ultérieure peut rétablir les fonctions du sphincter utérin.

PRIX PROPOSÉS POUR 1898, 1899, 1900.

Règlement. — Les concours des prix de l'Académie de Médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier, Huguier et Roger.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Amussat, d'Argenteuil, Audiffred, Baillarger, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson; Chevallier, Chevillon, Clarens, Desportes, Godard, Théodore Herpin (de Genève), Hugo, Huguier, Itard, Laborie, baron Larrey, Henri Lorquet, Meynot, Monbinne, Nativelle, Nivet, Perron, Ricord, Roger, Saintour, Stanski, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux, *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les Mémoires présentés au concours pour les services généraux des Eaux Minerales, des Epidémies, de l'Hygiène de l'Enfance et de la Vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de Médecine.

ANNÉE 1898.

Prix de l'Académie. 1.000 francs. — Question : *Des myélites infectieuses au point de vue clinique et expérimental.*

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). 800 francs. — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Aubert. 500 francs. — Sujet proposé ; *Rechercher par l'observation clinique et expérimentale s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose.*

Prix François-Joseph Audiffred. Un titre de 24.000 francs de rente. — Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résident de

l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de Médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

Prix Baillarger. 2.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés aux aliénés. Les mémoires concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils disposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles, on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

Prix Barbier. 2.000 fr. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert les moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Charles Boullard. 1 200 fr. — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret. 1.200 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet 1.500 fr — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était pas jugé digne du prix, la somme de 1.500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3.000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1.500 francs chacun.

Prix Adrien Buisson. 10.500 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron. 1.400 fr. — Question : *Recherches expérimentales sur un sujet d'obstétrique laissé au choix de chacun des concurrents.*

Prix Chevillon. 1.500 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. 1.000 fr. —Question : *Des obsessions en pathologie mentale.*

Prix Clarens. 4.000 fr. — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet. 1 000 fr. — Question : *Des sarcomes.*

Prix Desportes. 1.300 fr — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret. 900 fr. — Question : *Les somnambulistes.*

Prix Ernest Godard. 1.000 fr. — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Herpin (de Metz). 1.200 fr. — Question : *Du traitement abortif de la blennorrhagie.*

Prix Théodore Herpin (de Genève). 3.000 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses

Prix Huguier. 3.000 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Laborie. 5.000 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Laënnec. 500 fr. — Question : *De la bronchite capillaire (d'emblée ou consécutive à la bronchite simple) chez les enfants du premier âge.*

Prix du baron Larrey. 500 fr. — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval. 1.0-0 fr. — Ce prix devra être décerné chaque année à l elève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de Médecine.

Prix Louis. 4.000 fr. — Question : *De la sérothérapie.*

Prix Mège. 900 fr. — Question : *De l'asthme des foins.*

Prix Meynot ainé père et fils, de Donzère (Drôme). 2.600 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne. 3.000 fr. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1 500 fr., destinée « à subventionner par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant, soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins ».

Prix Nativelle. 300 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé d'une substance médicamenteuse.

Prix Nivet. 3.000 fr.— Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, manuscrit ou imprimé, sur l'assainissement des casernes, hôpitaux, hospices, écoles, crèches, asiles et lycées.

Prix Orfila. 2.000 fr. — Question : *De la Coque du Levant et de la picrotoxine. Thérapeutique et toxicologie.*

Prix Oulmont 1.000 fr. — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel de l'Internat. (Chirurgie).

Prix Portal. 600 fr.— Question : *D s lésions des centres nerveux et des reins, causées par la toxine du tetanos et par celle de la diphterie.*

Prix Pourat. 1.000 fr.— Question : *La circulation du sang dans le poumon.*

Prix Henri Roger. 2.500 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de médecine des enfants (Pathologie, Hygiène et Thérapeutique). (Il faut que les ouvrages aient deux ans de publication).

Prix Saint-Lager. 1 500 fr. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie une somme de 1.500 fr. pour la fondation d un prix de pareille somme, destiné à récomper l'expérimentateur qui aura produit la tumeur tyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains des endémies goitreuses. Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Prix Saintour. 4 400 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Stanski 1.800 fr.— Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de Médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament).

Prix Tremblay. 7.200 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires : Catarrhe de la vessie, affections de la prostate, plus particulièrent ces deux cas.

Prix Vernois. 700 fr. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

ANNÉE 1899.

Prix de l'Académie. 1.000 fr. — Question : *Physiologie et pathologie de la glande thyroïde.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). 800 fr. — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire, ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat. 1.000 fr. — Ce prix qui peut être partagé, sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basées simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale, les travaux qui auraient antérieurement un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de Médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des Sciences de l'Institut. Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements, pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés. Le sujet du travail restera au choix de l'auteur.

Prix d'Argenteuil. 6.800 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus important, appo té aux moyens curatifs des retrecissements du canal de l'urètre, ou à l auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

Prix Barbier. 2.000 fr. — Ce prix sera décerné à celui qui

aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Mathieu Bourceret. 1.200 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. 1.500 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé : si une année aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix la somme de 1.500 fr. serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3.000 fr pourrait être partagée en deux prix de 1.500 fr. chacun.

Prix Capuron. 1 000 fr. — Question : *Des modifications du placenta et des membranes de l'œuf retenues dans l utérus.*

Prix Chevillon. 1.500 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. 800 fr. — Question : *Du nervosisme.*

Prix Clarens. 400 fr. — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet. 1.000 fr. — Question : *Du lymphadénome.*

Prix Desportes. 1.300 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Concours Vulfranc Gerdy — Le Legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de Médecine. L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux Eaux minérales Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de Médecine.

Prix Ernest Godard. 1.000 fr.— Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Théodore Herpin (de Genève). 3.000 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Laborie. 5.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey. 500 fr. — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans ces cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval. 1 000 francs. — Ce prix devra être décerné à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de Médecine.

Prix Lefèvre. 1.800 fr. — Question : *De la mélancolie.*

Prix Henri Lorquet. — 300 fr.— Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) 2.600 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne. 1.500 fr. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1.500 fr., destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins ».

Prix Nativelle. .00 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, non encore isolé d'une substance médicamenteuse.

Prix Oulmont. 1.000 fr. — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

Prix Portal. 600 fr. — Question : *Etudier sur les animaux l'inoculation et la contagion du cancer.*

Prix Pourat. 700 fr. — Question : *Fournir des documents expérimentaux propres à éclairer la question de la destination, immédiate ou éloignée, des aliments albuminoïdes.*

Prix Philippe Ricord. 600 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Prix Vernois. 700 fr. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

ANNÉE 1900.

Prix de l'Académie. 1.000 fr. — Question : *De la médication par les sucs organiques.*

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). 800 fr. — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Baillarger. 2.000 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publiques ou privés consacrés aux aliénés. Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront avec observations à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de la thérapeutique Dans la seconde, ils étudieront séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles, on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

Prix Barbier. 2.000 fr. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert les moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Charles Boullard. 1 200 fr. — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret. 1.200 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. 1.500 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers et des traductions. Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1.500 fr. serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3 000 fr. pourrait être partagée en deux prix de 1 500 fr. chacun.

Prix Capuron. 1.000 fr. Question : *Du traitement hydrominéral des albuminuries.*

Prix Marie Chevallier. 6.000 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement soit de la phtisie pulmonaire soit des autres tuberculoses.

Prix Chevillon. 1.500 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. 800 fr. — Question : *Les délires dans la paralysie générale.*

Prix Clarens. 400 fr. — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet. 1.000 fr. — Question : *Résultats du traitement chirurgical du cancer des ovaires.*

Prix Desportes. 1 300 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret. — 700 fr. — Question : *Les formes cliniques de la neurasthénie. — Leur traitement.*

Prix Ernest Godard 1.000 fr. — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Théodore Herpin (de Genève). 3 000 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Itard. 2.400 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laborie. 5.000 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey. 500 fr — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval. 1.000 fr. — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de Médecine.

Prix Henri Lorquet. 300 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). 2.600 fr.— Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne. 1.500 fr. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1.500 fr., destinée « à subventionner, par

une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant, soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins ».

Prix Nativelle. 300 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Oulmont. 1.000 fr. — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat (Chirurgie).

Prix Perron. 3.800 fr. — Ce prix, qui pourra être partagé, sera décerné à l'auteur du mémoire le plus utile au progrès de la médecine.

Prix Portal. 600 fr. — Question : *Anatomie pathologique des salpingites dans leurs rapports avec les causes productrices.*

Prix Pourat. 700 fr. — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

Prix Saintour. 4.400 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Stanski. 1.400 fr. — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de Médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables.

Prix Vernois. 700 fr. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 décembre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. SEVESTRE.

La fièvre typhoïde contractée dans les hôpitaux.

M. TROISIER apporte une nouvelle observation à l'appui de la contagion de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux, que M. L. Guinon a mis récemment hors de doute. Il s'agit d'un malade qui contracta la fièvre typhoïde à l'hôpital dans une salle où étaient couchés plusieurs typhiques graves. Ce malade, atteint d'une pleurésie, était resté avant sa fièvre typhoïde 40 jours couché, ne buvant que du lait et de la limonade. La contagion hospitalière semble ici indiscutable.

MM. NETTER, RICHARDIÈRE, ŒTTINGER signalent dans leurs services des faits analogues.

Hydropneumothorax tuberculeux.

M. TROISIER expose l'intéressante observation d'un tuberculeux atteint d'hydropneumothorax qui, après être guéri de son affection pleurale, représente à l'heure actuelle de nouveaux symptômes de cette affection.

Troubles rénaux chez une cardiaque au moment de la ménopause.

M. A. PETIT rapporte le cas d'une malade atteinte de maladie mitrale, qui présentait des troubles urémiques à l'époque de ses règles, troubles qui s'atténuaient durant la période menstruelle. A l'époque de la ménopause, les troubles se sont exagérés à un tel point que l'on a dû recourir aux saignées et aux injections de sérum artificiel pour enrayer les accidents urémiques.

Séance du 24 décembre 1897. — PRÉSIDENCE DE M. DEBOVE.

Pleurésie multiloculaire putride sans gangrène.

M. E. BOINET (de Marseille) a observé un cas de pleurésie multiloculaire putride sans gangrène du poumon, ni de la plèvre, avec pneumothorax par exhalation gazeuse comme M. Widal en a décrit déjà un cas.

Un pneumothorax sans cause apparente se manifesta chez un homme de 42 ans, à gauche. Le mauvais état général, la fétidité du pus obtenu par une ponction exploratrice, décidèrent à pratiquer l'empyème ; l'incision de 10 centimètres donna issue à des gaz et à un pus d'une odeur repoussante. Le malade mourut malgré les lavages désinfectants.

L'autopsie démontra qu'à côté de la poche ouverte, existaient deux autres loges remplies aussi de pus et de gaz : une de ces loges refoulait le cœur. Il n'y avait de trace de gangrène ni sur la plèvre, ni sur le poumon.

Cancer du pylore. Suppression de la fonction pylorique. Atrophie de l'estomac et atrophie généralisée de tous les organes.

MM. CAUSSADE et RÉNON rappellent que M. Hayem a établi que la sténose chronique du pylore ne se compliquait pas nécessairement de dilatation de l'estomac, mais déterminait parfois une atrophie de cet organe. Cette diminution du volume stomacal peut tenir à l'intolérance gastrique et à la fréquence des vomissements, qui augmentent l'épaisseur de la tunique musculeuse, aux brides cicatricielles, à la contraction des parois abdominales sous l'influence des douleurs. Dans le cas observé par MM. Caussade et Renon, un squirrhe du pylore ayant détruit le sphincter pylorique, l'estomac avait perdu de son volume à un tel point qu'il présentait l'apparence du côlon. Les aliments, à cause de l'absence de sphincter, passaient directement dans le duodénum sans séjourner dans l'estomac. Cette destruction du pylore avait déterminé une atrophie généralisée de tous les organes ; l'intestin grêle offrait le calibre du doigt, les reins pesaient environ 90 grammes, le foie 600 grammes, la rate 50 grammes, les poumons 500 grammes ; le cœur paraissait être celui d'un enfant. Tous les organes avaient leur aspect normal ; au point de vue histologique, on ne constatait aucune lésion, pas de sclérose. Les viscères avaient subi une atrophie simple due à l'inanition consécutive aux troubles profonds apportés dans la digestion, sans qu'il y ait eu pour cela de cachexie cancéreuse. J. NOIR.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 décembre 1897.— Présidence de M. E. DELENS.

Corps étrangers du rectum.

M. GÉRARD-MARCHANT. — M. Delbet a enlevé une bouteille introduite dans l'anus et enclavée dans l'échancrure sacrococcygienne. Il fit la rectotomie, puis la résection du sacrum et put saisir très facilement le corps étranger et l'extraire. De ce fait et de deux autres, on a pu conclure que la résection du coccyx est une méthode nécessaire et de choix dans le cas de corps étrangers inconnus et qu'on ne peut extirper. Or M. Monod a cité 33 faits, où il a toujours pu extraire le corps étranger. Mais dans 6 cas il y a eu d'énormes difficultés ; il a fallu faire la rectotomie, et alors 3 morts survinrent. La résection du coccyx, sans ouverture du rectum, est donc une opération moins dangereuse.

M. MONOD. — Les cas de mort qui ont été rapportés dans les 33 cités sont survenus, non pas dans les 6 qui ont été opérés, mais dans ceux qui ont été extraits par les voies naturelles avec difficulté.

Gastro-entérostomie pour ulcère de l'estomac.

M. TUFFIER rapporte trois faits de gastro-entérostomie faite pour une même période de l'ulcère de l'estomac. Dans deux faits, il s'agissait d'hématémèse et dans le troisième de péritonite. Sur les trois malades deux guérirent.

Phlegmon pelvi-rectal à pneumocoques.

M. BAZY a eu l'occasion d'ouvrir un phlegmon de l'espace pelvi-rectal, et n'ayant trouvé dans aucun organe du petit bassin l'origine de ce phlegmon, l'examen du pus démontra la présence du pneumocoque. Guérison.

Kystes du cou à plusieurs loges.

M. WALTER fait un rapport sur une observation adressée par M. BUFFET (d'Elbeuf). Il s'agissait d'un malade adulte, fort et vigoureux, portant sur la partie latérale du cou une tumeur énorme, du volume à peu près d'une tête d'adulte. Il s'agissait d'un kyste multiloculaire congénital. Chaque poche avait du liquide de teinte différente, que l'on reconnut par des ponctions. M. Buffet fit l'extirpation totale de la tumeur. Les différentes poches furent ponctionnées, vidées. Toutes ces poches étaient réunies sur un pédicule au niveau du faisceau vasculo-nerveux. Toutes les connexions avec les muscles étaient lâches et facilement détachées. Seules, au niveau de la jugulaire, elles

étaient tellement adhérentes que la jugulaire dut être réséquée. Quelques troubles de circulation se montrèrent les jours suivants, puis tout guérit.

M. Ricard possède une observation asoblument identique. Il s'agissait d'un kyste multiloculaire. Pendant l'extirpation, il se fit une hémorragie postérieure considérable. Il avait arraché la paroi de la jugulaire, qui était adhérente à la tumeur. Il la lia. Guérison.

M. Kirmisson dit un mot du côté pathogénique de ces tumeurs. Quand on voit ces adhérences avec le système veineux, ne serait-ce pas engageant de revenir à la théorie ancienne comme origine de ces tumeurs? Cela est vrai; mais dans certains cas aussi il y a une véritable infiltration du tissu musculaire, qui semble envahi par le kyste.

Plaie de la face dorsale du poignet et des tendons extenseurs.

M. Lejars fait un rapport sur une observation envoyée par M. Delamarre. L'auteur, après incision dorsale, n'ayant pu trouver les bouts centraux des tendons coupés, réunit en paquets les trois bouts périphériques et les fixa au tendon de l'extenseur propre et de l'extenseur commun intact.

Kyste dermoïde du cou.

M. Proca fait un rapport sur une observation adressée par MM. Chavanas et Auché (de Bordeaux).

Fracture sous-trochantérienne du fémur.

M. Nélaton présente un malade.

M. Claisse. — *Kyste hydatique du poumon. Marsupialisation. Guérison.* M. B.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 22 *décembre* 1897. — Présidence de M. Josias.

Usage des siphons médicamenteux.

M. Smester expose à la Société les avantages des siphons médicamenteux à l'eau de Seltz pour le lavage de la bouche, qui permettent de se servir de toutes solutions au titre voulu.

Traitement du coryza aigu.

M. Smester dit qu'il importe de faire un diagnostic exact et précoce. Il obtient de très bons résultats en deux séances par de grands lavages au sublimé (1 pour 4.000), à l'acide phénique (1 pour 2.000) et au perchlorure de fer (1 pour 1.000). Au moyen d'une douche d'Esmarch, il fait un lavage à la température de 35° environ.

Digitaline et digitoxine.

M. Bardet rappelle les avis contradictoires des chimistes et des pharmaciens au sujet de la digitaline cristallisée française et de la digitoxine allemande, digitoxine, que certains auteurs prétendent trois fois plus active que la digitaline. Or, M Petit vient de signaler que le pouvoir rotatoire de la digitaline et de la digitoxine est le même. Il serait nécessaire de tâcher de trancher cette importante question et il propose de nommer une commission dans ce but. La Société approuve la conclusion de M. Bardet et désigne une commission de cinq membres.

Intolérance du calomel.

M. Camescasse signale des accidents d'intoxication mercurielle chez une femme, après l'administration à dose fractionnée de 20 centigrammes. Un érythème intense s'est déclaré.

M. Legendre signale un cas analogue et demande si les accidents ne sont pas dus à la transformation du calomel en sublimé par l'acidité du suc gastrique.

M. Patein est convaincu que l'acide chlorhydrique même et le chlorure de sodium n'ont aucune action sur le calomel.

M. Bardet est convaincu que nombre des éruptions observées dans ces cas d'idiosyncrasie médicamenteuse sont dues à un réflexe cutané dû à l'irritation de la muqueuse gastrique par le médicament.

M. Hallopeau fait remarquer que les éruptions iodiques, bromiques, de même que celles dues à l'empoisonnement des moules, ne sauraient guère s'interpréter ainsi.

M. Crequy fait aussi jouer un rôle important à l'imagination en pareil cas. J. Noir.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. le Dr Paul Cornet.

—

I. — Thérapeutique alimentaire.

C'est avec grand intérêt que nous avons lu le tout récent *Traité de Thérapeutique alimentaire et diététique*, publié sous la direction du Pr Leyden (de Berlin (1). Il s'agit pour le moment du premier volume, dont chaque monographie est due à des personnalités connues : Petersen, Rubner, Müller, Leyden, Klemperer, Liebreich et Senator. Comme l'indique Leyden en préface, le but de l'ouvrage est de dégager, au point de vue clinique, l'importance qui revient à la thérapeutique alimentaire, comme de formuler le plus précisément possible, les indications et la méthode d'exécution.

Dans le *premier chapitre*, le Pr Petersen, de Copenhague, fait un habile *historique* de la question, depuis les livres sacrés des anciens Chinois, Egyptiens, Israélites, Indiens et Perses, jusqu'à nos jours, en passant par Hippocrate, Sydenham, Galien, Oribasius, Arnold de Villanova, Cornaro, Bœrhave, Razès, Hoffmann, Broussais, Bouillaud, Brillat-Savarin, etc., et les modernes, Liebig, Bischoff, Voït, Bidder et Schmidt, Wiel (le Brillat-Savarin allemand) et bien d'autres.

Le *deuxième chapitre*, par le Pr Rubner (de Berlin) traite avec détails de la *physiologie de la nutrition* et de l'*alimentation*. Ce sont d'abord des généralités sur la nutrition, sur l'importance de l'alimentation, avec expériences sur les animaux C'est ensuite l'étude clinique du corps humain et celle des aliments, dont le pouvoir combustible est apprécié, et en chiffre global et en travail physiologique réel (p. 31). Les lois de la nutrition sont exposées, avec appui de nombreux travaux, de même que le rôle des matières albuminoïdes, graisses, hydrates de carbone, eaux et sels, ainsi que les conditions atmosphériques et autres qui influent sur les échanges nutritifs (chaleur et humidité de l'air, action du soleil, des bains, de l'habillement, du volume et poids du corps). On lit (p 79 et suivantes) les considérations théoriques sur la préparation des aliments; influence de la chaleur, aux points de vue physique, chimique et organoleptique; cuisson des viandes, conserves de viandes; peptones pepsique, pancréatique et papayotique; lait, koumys et képhir; fromages, œufs; céréales et légumineux; fruits et légumes, et leur conservation. Conserves alimentaires, boissons alcooliques, alcaloïdiques (café, thé, maté, coca, cacao). Ce très important chapitre établit, en outre, les lois fondamentales d'une alimentation rationnelle (p. 110) et finit par l'étude de la ration alimentaire sous certaines conditions (chez l'adolescent, l'enfant, etc.).

C'est le Pr Frédéric Muller (de Marbourg) qui, dans le *troisième chapitre*, expose la *pathologie générale de la nutrition*; chapitre un peu lourd, manquant de points de repère, mais substantiel, et renfermant des considérations chimiques de haute valeur. Quant à la *thérapeutique générale de la nutrition*, elle est traitée de main de maître par le Pr Leyden (chapitre IV), lequel précise les indications d'hygiène prophylactique et d'alimentation chez les malades, et donne la valeur comparative des principaux aliments, soit par chiffres en calories, soit par deux planches coloriées qui présentent l'avantage d'une appréciation rapide et commode.

La deuxième partie de ce même chapitre est consacrée à l'étude des *Produits alimentaires*, sous la plume savante de Klemperer. Ce n'est pas en France qu'un professeur quelconque de chimie biologique, d'ailleurs d'égale valeur que ses collègues d'outre-Rhin, pourrait publier des analyses et des appréciations sur des denrées commerciales (Extrait de viande Liebig, Bovril, Valentines, Meat Juice, Koch's Peptone, Denayer's Peptone, Maggi-Peptone, etc., etc.). Nous avons bien eu Payen; mais aujourd'hui le professeur indiscret, qui voudrait poursuivre de ses réactifs les marques de fabrique serait nécessairement favorable ou défavorable à tel ou tel produit alimentaire. Dans le premier cas, on le soupçonnerait d'avoir été soudoyé; dans le deuxième, de ne l'avoir pas été.

(1) *Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik* herausgegeben von Leyden. (Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1897, 1er volume).

C'est une des nombreuses raisons pour lesquelles la chimie française, trop timide, se cantonne dans les études spéculatives, au détriment des intérêts pratiques les plus directs pour notre pays. Quoi qu'il en soit, M. Klemperer nous donne la valeur comparative de ces produits bien connus (extraits de viande, farines alimentaires, etc.); de ces peptones (Denayer, Liebig, Kemmerich, Koch), toutes mélangées d'albumose; enfin de cette albumose presque pure ou Somatose, qui agite la France par une réclame peu ordinaire et paraît avoir les faveurs de Klemperer (p. 295), après celles toutes naturelles d'Hildebrandt (1), et malgré l'avis contraire de Neumeister, Munk et Auerbach (2). Avec Liebreich, on sort de l'alimentation proprement dite, pour envisager la *Médication auxiliaire* (troisième partie du chapitre III) du canal digestif (nez, bouche, dents, langue, estomac, intestin), avec nombreuses formules de thérapeutique préventive ou symptomatique.

Enfin l'ouvrage est clos par un quatrième chapitre, du au Dr Senator (de Berlin). Cette partie n'est pas la moins longue et a trait aux *Bains, Cures thermales, Climathèrie, Gymnastique*; elle offre autant d'intérêt que les précédentes.

Pour résumer notre appréciation sur le présent ouvrage, disons que ce premier volume paru met en relief l'école de Berlin, dont font partie la plupart des collaborateurs. C'est un travail de haute valeur, utile, paraissant à son temps, et particulièrement précieux pour ceux qui, comme nous, s'intéressent à la chimie alimentaire et nutritive, et suivent de très près les curieuses et laborieuses recherches, sinon toujours les progrès, des Allemands dans cette belle voie de la chimie biologique. Ajoutons pour terminer, que l'ouvrage sera complet en trois volumes, dont le deuxième n'est qu'une subdivision du premier, et dont le dernier développera sous diverses signatures (F. Klemperer, Mendelsohn, Boas, Ewald, Nothnagel, Biedert, Riegel, etc.), la thérapeutique alimentaire spéciale dans les différentes maladies.

CORRESPONDANCE

Une épidémie dans les Landes.

Aire-sur-l'Adour, 7 août 1897.

Monsieur et cher maître,

J'observe, depuis un mois environ, une singulière épidémie que je n'ai pas encore vue depuis dix-huit ans que j'exerce ma profession et qui n'a pas encore été signalée, que je sache.

Les malades sont pris assez brusquement d'un fort mal de tête, qui, après quatre ou cinq heures environ, arrive à son maximum d'intensité. Il devient intolérable chez la plupart, arrachant des plaintes et même des cris au patient. La douleur siège dans tout le crâne, depuis le front et les tempes jusqu'à la nuque. Elle est continue avec quelques exacerbations.

En même temps, dans presque tous les cas, surviennent des vomissements pénibles, alimentaires d'abord, puis bilieux, que rien ne peut arrêter.

Si les malades tentent d'absorber la plus petite quantité de liquide, ils la rejettent immédiatement. Dès le second jour, la fièvre est violente et s'élève à 40° ou 40°,5. La peau est chaude et sèche au début; vers la fin, il survient généralement une sueur abondante.

Quelquefois, mais c'est l'exception, les douleurs se font sentir dans la région lombaire et dans les membres. En aucun cas, il ne survient de manifestations du côté de l'appareil respiratoire. Les adultes et les enfants sont atteints de préférence; mais les vieillards et les très jeunes bébés sont frappés assez souvent. La maladie évolue d'une façon très régulière. Les vomissements du début cessent d'habitude après vingt-quatre heures, pour ne plus reparaître. Le mal de tête et la fièvre diminuent dans le courant du troisième jour et disparaissent le quatrième. Le cinquième ou le sixième, les malades se lèvent et se rétablissent très promptement. La terminaison est favorable dans tous les cas.

Aucun traitement ne paraît avoir d'effet utile. Rien n'arrête les vomissements du début; ni le S. de quinine, ni l'antipyrine ne diminuent le mal de tête. Quelques compresses froides sur la tête, et un purgatif le quatrième jour, c'est tout ce que l'on peut prescrire.

Dans l'espace de trois semaines, j'ai observé de 80 à 100 cas sur des sujets de tout âge et de toute condition sociale; à la ville comme à la campagne, *sur les hauteurs* et *dans les vallées*. Je fais cette dernière remarque, car, à la suite des inondations, il est resté sur les rives des cours d'eau débordés un limon particulièrement infect. On pouvait se demander s'il n'existait pas une intoxication palustre, se traduisant par un seul accès de fièvre. Mais, particulièrement un petit village situé sur une hauteur et loin de tout cours d'eau, a présenté un grand nombre de cas.

Il ne me paraît pas que la maladie soit contagieuse. Dans la même famille, il n'y a souvent qu'un malade.

Quelle est la nature de cette maladie? C'est peut-être une influenza, nouvelle manière, sans jamais de manifestations du côté des bronches ni du côté spinal?

Je vous adresse cette petite note, cher maître, en vous laissant libre d'en faire tel usage qu'il vous conviendra.

Daignez agréer, cher maître, etc. Dr LEVRIE.

BIBLIOGRAPHIE

Origine de la doctrine microbienne. Alphonse Guérin: sa Vie, ses Œuvres; par M. ORIEULX DE LA PORTE. — Paris, 1897. — Prix: 2 fr. 50.

« Chez Alphonse Guérin, a dit le Pr Guyon, l'homme est aussi intéressant à étudier que le chirurgien » Aussi, le livre qui retrace sa vie et ses travaux offre-t-il non moins d'attrait aux gens du monde qu'aux médecins. Il est semé d'anecdotes piquantes qui mettent en relief un caractère original, et sympathique, énergique et doux. Le cœur vaut la tête, et ce n'est pas peu dire. On se souvient que le Dr A. Guérin revendiqua devant l'Académie de Médecine et la Société de Chirurgie, sans trouver de contradicteur, le titre d'initiateur de la doctrine microbienne. Le livre qui vient de paraître éclaire ces revendications de documents qui jettent un jour nouveau sur cette question intéressante. Il est orné de belles gravures, représentant notamment le portrait du célèbre chirurgien, des modèles de son pansement et le remarquable monument qui lui a été élevé à Ploërmel.

On se rappelle qu'à la mort de ce distingué chirurgien nous avons publié ici même un article nécrologique très documenté, où nous avons essayé de mettre en relief la valeur de ses travaux sur le pansement ouaté. Nous y renvoyons le lecteur.

M. B.

Des déventrés. Étude anatomo-pathologique et mécanique de l'ombilic; par ZABÉ. — Paris, Maloine, 1887, in-8, 182 pages, 12 figures.

Excellent ouvrage; étude sérieuse et complète, assurant une vérité, dit l'auteur, non encore révélée, et jetant un jour tout nouveau sur la pathogénie des troubles fonctionnels, attribués jusqu'ici à des ptoses viscérales. Les praticiens, d'après l'auteur, devront toujours s'assurer de l'état de la cicatrice ombilicale toutes les fois qu'ils seront appelés à diagnostiquer une affection à caractères peu définis. Pour M. Zabé, la déventration est une des causes les plus fréquentes de la dyspepsie; pour lui, l'exomphalie peut être la source d'une quantité de lésions d'ordre autant médical que chirurgical: hernies, rein flottant, entéroptose, hepatoptose, dyspepsie, troubles psychiques, anémie, goutte, diabète gras, neurasthénie, etc., etc. Il conclut au traitement de la déventration: contention méthodique ombilicale, régime, cure radicale toutes les fois que l'état du malade l'exige (laparotomie avec destruction des adhérences omphalo-viscérales). L'édition de l'ouvrage est d'une élégance parfaite; c'est un in-8 carré dont l'éclat est rehaussé par douze dessins d'après nature et d'une exactitude rigoureuse. Inutile d'insister sur le succès de ce livre; il est appelé, son titre aidant, à avoir une place honorable dans la bibliothèque de tout médecin consciencieux.

(1) Directeur du Laboratoire de la Fabrique d'Elberfeld, dont la succursale en France est à Flers (près Roubaix).

(2) Munk et Ewald. — *Die Ernahrung des ges. und kran. Mensches.*

VARIA

—

L'organisation des secours dans l'accident du P.-L.-M.

On connaît tous les détails de l'horrible accident qui a eu lieu cette semaine sur la ligne P.-L.-M. D'après ce que racontent les journaux quotidiens, les secours *immédiats* ont encore été, dans cette catastrophe, absolument *insuffisants*. M. Chauvin a dit à un rédacteur du *Temps* : « La Compagnie, prévenue de l'accident et qui avait envoyé le train de secours, *avait oublié de se munir de brancards et de gouttières !* Et il en sera toujours ainsi, tant que l'on ne voudra pas concevoir, d'après les principes réellement pratiques, l'organisation du service médical des chemins de fer.

A différentes reprises, nous avons fait part de nos idées sur ce sujet à plusieurs personnes haut placées dans le service des chemins de fer; mais on s'est borné à nous prendre pour un fou ! C'était évidemment la solution la plus simple et la plus rapide du problème posé !

Pourquoi, en gare de Lyon, centre important, par exemple, n'y aurait-il pas toujours une machine sous pression, attelée à un *train de secours véritable*, de même que dans les casernes de pompiers ou les postes d'ambulances américains, il y a toujours une pompe à vapeur, *automobile* ou non, sous pression ou des voitures d'ambulances prêtes à partir au premier appel? Pourquoi, dans ce qu'on appelle un *train de secours*, n'y a-t-il pas, comme sur certaines lignes de tramways des Etats-Unis, un *wagon-ambulance*, parfaitement outillé, avec salle de pansements. Dans ces circonstances, ce wagon-ambulance est aussi indispensable qu'un tender !

J'ai, dans mes cartons, depuis quatre ans, un projet de réorganisation complet du service médical des chemins de fer, basé sur les idées d'*assistance instantanée*, qui, comme on le sait, me sont très chères et m'ont coûté si cher. Mais comme cette corde a été archi-grattée et que l'Administration me récuse, même à Paris, aucun journal ne veut plus de ces articles! — Puisque, ni dans la Presse, ni dans les Administrations, on ne veut plus entendre parler de tout cela, force est bien de me taire Mais, pendant ce temps-là, des blessés souffrent et des hommes, comme M Emile Chauvin, fracturé de cuisse dans cet accident, le répètent en vain à tous ceux qui avec nous le plaignent sincèrement. Marcel BAUDOUIN.

Congrès français de Médecine.

4e *Session*. — MONTPELLIER (12 avril 1898).

Le Quatrième Congrès de Médecine tiendra sa prochaine session à Montpellier le 12 avril 1898, sous la présidence du Pr Bernheim, de Nancy. Le prix de la cotisation est de 20 fr. par membre; elle donne droit à la participation aux travaux, aux fêtes, aux excursions et aux votes du Congrès et à la distribution gratuite des volumes contenant les neuf rapports sur les questions proposées et toutes les communications faites au Congrès.

Les dames, les étudiants en médecine et les personnes, non docteurs en médecine, qui s'intéressent aux sciences médicales, peuvent être admis au Congrès, moyennant une cotisation de 10 francs; ces membres associés ont les mêmes prérogatives que les membres titulaires, sauf le droit de vote.

Nous rappelons que les trois questions proposées sont les suivantes : 1° Des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire. *Rapporteurs :* MM. les Prs Bard, de Lyon; Révillod, de Genève; et Vergely, de Bordeaux;

2° Les associations microbiennes et infections mixtes. *Rapporteurs* : MM. les Prs Malvoz, de Liège; Spillmann, de Nancy, et Widal, de Paris;

3° De l'emploi thérapeutique des organes à secrétion interne. *Rapporteurs :* MM. les Prs de Cerenville, de Lausanne; Gilbert et Carnot, de Paris; et Mossé, de Toulouse.

Ces rapports seront imprimés et distribués avant l'ouverture du Congrès à tous les membres adhérents. Toute demande de renseignements et tout envoi d'adhésion et de fonds peuvent être, dès à présent, adressés au Secrétaire général du Congrès, 10, rue Jeu-de-Paume, à Montpellier.

L'Assistance à la Vieillesse.

D'après M. d'Echerac, ancien secrétaire général de l'Assistance publique, chaque vieillard hospitalisé coûte, à l'intérieur d'un hospice, à Paris, tout près de 3 francs par jour.

« Si, dit-il, en donnant la liberté aux vieillards de Bicêtre et de la Salpêtrière, vous allouez à chacun d'eux un secours de 1 fr. 50 par jour, vous faites, sur les 5.000 qu'ils sont, une économie de 2 millions par an. Vendez ensuite ces deux établissements, dont l'un, la Salpêtrière, paralyse la vie de tout un quartier, entrave le développement de l'industrie aux abords de la gare peut-être la plus active de Paris, et vous voilà à la tête d'au moins 30 millions, qui produiront un revenu d'un million, portant ainsi à 3 millions le supplément de vos revenus annuels. Avec cette somme vous faites face à toutes vos charges et les pensions représentatives du placement que vous créez tirent immédiatement de la misère et du désespoir les milliers d'individus qui attendent souvent jusqu'à la mort une admission qui ne vient jamais, faute de place.

On pourrait réaliser demain cette bienfaisante réforme. Pourquoi donc alors ne le fait-on pas? Pourquoi? Eh! mon Dieu ! parce que l'Assistance publique est dotée d'une désastreuse autonomie représentée par un conseil de surveillance, dont le rôle est de se montrer professionnellement conservateur et rebelle quand même aux décisions hardies. Détruire la Salpêtrière, y songez-vous, l'établissement unique dont la réputation est universelle, qui fait l'admiration des étrangers ! Mais il est rongé des rats, mais il mortifie toute une région de Paris, mais il est encombré d'une population deux fois trop dense qui meurt de son propre contact ; qu'importe, si les batiments ont une belle allure louis-quatorzienne ! Et les choses demeureront ce qu'elles furent et ce qu'elles sont ; et les vieux continueront à faire queue au nombre de *huit mille* (j'ai dit *huit mille !*), sans arriver à franchir le seuil du dernier refuge ; et ils mourront de faim, comme toujours, en regardant l'inaccessible et noble façade, à moins cependant qu'une trombe bienfaisante partie de l'horizon parlementaire ne vienne réduire en miettes le vieil échafaudage de la bienfaisance publique pour transformer en semence féconde cette poussière du passé. Ainsi soit-il, le plus tôt possible. »

Une jeune fille insensible.

La presse médicale américaine s'occupe beaucoup en ce moment d'un cas absolument extraordinaire et qui déroute les connaissances de tous les physiologistes et de tous les savants du Nouveau-Monde, aussi bien que de l'Ancien. Il s'agit d'une jeune fille, de sang mêlé, Evatima Tardo, chez laquelle le *sens du toucher n'existe pas*. Non seulement aucune partie extérieure de son corps ne semble éprouver la sensation physique d'un contact quelconque; mais, ce qui est plus étonnant encore, c'est que la sensibilité fonctionnelle organique n'existe pas davantage. Aussi, dans les différents amphithéâtres où elle a été présentée à l'examen des médecins, on a pu la brûler au fer rouge, la piquer avec une aiguille et même — chose inouie — lui tirer à bout portant un coup de feu qui lui a traversé le bras de part en part, sans qu'elle en ressente autre chose qu'un léger choc(1).— Evatima Tardo joint à cette particularité celle d'être à l'épreuve des microbes et de tous les poisons, quels qu'ils soient. L'arsenic, le cyanure de potassium sont sans action sur son organisme, et plusieurs fois *elle s'est laissé inoculer* les bacilles du typhus, du choléra et de la tuberculose. L'effet produit était absolument nul (2). Une autorité médicale américaine, M. le Dr Playfair, qui s'est toujours occupé spécialement des troubles des centres nerveux, prétend que la jeune fille en question est à l'abri de toute espèce de maladie et pourra vivre jusqu'à un âge très avancé, la seule cause, d'ailleurs accidentelle, de mort qu'elle ait à craindre étant une blessure grave au crâne ou à la colonne vertébrale. D'après ce spécialiste, l'abolition de la sensibilité, qui se produit parfois et temporairement dans les cas de névrose, ne se rencontre jamais à l'état permanent chez un individu en pleine santé comme Evatima Tardo, et provient alors d'une sorte d'atrophie des nerfs sensitifs, les nerfs moteurs restant indemnes.

Cette femme-phénomène, également insensible au froid, à la chaleur, à la souffrance, ainsi qu'à toutes les impressions physiques agréables ou pénibles, est née à l'île de la Trinité, la plus importante des Petites Antilles, en 1870. Elle a donc aujourd'hui vingt-sept ans. (*Petit Parisien*).

Enseignement médical libre.

Electrothérapie. — M. L.-R. REGNIER.—Les samedis, à 5 heures, au laboratoire d'électrothérapie de la Charité.

(1) Si ça été là une expérience, elle nous semble, à nous, un peu extraordinaire !!

(2) De plus en plus fort !!

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 12 au samedi 18 décembre 1897, les naissances ont été au nombre de 1.113, se décomposant ainsi: *Sexe masculin :* légitimes, 418, illégitimes, 160. Total, 578. — *Sexe féminin :* légitimes, 366, illégitimes, 169. Total, 535.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 12 au samedi 18 décembre, 1897, les décès ont été au nombre de 962, savoir : 469 hommes et 493 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 1, T. 3. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 7, T. 10. — Scarlatine : M. 0, F. 2, T. 2 — Coqueluche : M. 2, F. 0, T. 2. — Diphtérie, Croup : M. 7, F. 0, T. 7. — Grippe : M. 1, F. 3, T. 4. — Phtisie pulmonaire : M. 82, F. 72, T. 154. — Méningite tuberculeuse : M. 11 F. 6 T. 17. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 7, T. 20. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 10, T. 10. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 32, T. 50 — Méningite simple : M 13; F. 14, T. 27 — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 25, F. 21, T. 46 — Paralysie, M. 3, F. 6 T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 7, T. 13. — Maladies organiques du cœur : M. 37, F. 35, T. 72. — Bronchite aiguë : M. 10, F. 18, T. 28. — Bronchite chronique : M. 10, F. 18, T. 28 — Broncho-pneumonie : M. 32, F. 41, T. 73. — Pneumonie : M. 17, F. 28, T. 45. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 20, F. 24, T. 44. — Gastro-entérite, biberon : M. 15 F. 4 T. 19 — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 1, T. 6 — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 1, T. 4. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1 T. 2 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2 T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 7. T. 7. — Débilité congénitale : M. 8 F. 10, T. 18 — Sénilité : M. 21, F. 36, T. 57 — Suicides : M. 9, F. 6, T. 15 — Autres morts violentes : M. 9, F 3, T. 12 — Autres causes de mort : M. 77, F. 69, T. 146. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 2, T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 82, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 29, illégitimes, 11 Total : 40 — *Sexe féminin* : légitimes, 32, illégitimes, 10 Total : 42

FACULTE DE MÉDECINE. — *Bourses de Doctorat.* — Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique, en date du 14 décembre 1897, sont admis à concourir pour les bourses de doctorat de 4e année les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire. L'épreuve consiste : 1° en une composition de physiologie ; 2° en une composition de chirurgie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil municipal a approuvé l'apposition sur la façade de l'Ecole de Médecine d'une inscription commemorative destinée à rappeler la date de la construction de cet édifice et celle de son affectation actuelle. Cette inscription sera conçue comme suit :

Cet edifice, construit par Jacques Condoin de 1769 à 1786. pour l'Academie et les Ecoles de chirurgie. a ete affecte a l'Ecole de Santé le 14 Frimaire an III (4 décembre 1794)

Le Conseil municipal a approuvé le projet d'achèvement des travaux d'agrandissement de l'Ecole de Médecine. Ce projet s'élève à un total de 2.055.267 fr. 98 que l'Etat et la Ville se partagent par moitié.

CONCOURS D'AGRÉGATION EN MÉDECINE. — Les sujets tirés au sort jusqu'ici ont été les suivants :

M. Paviot (Lyon) : *Abcès du foie.* M. Chatin (Lyon) : *La coqueluche.* M. Vaquez (Paris) : *Causes et diagnostic des néphrites aigues.* M. Claisse (Paris) : *Encéphalopathie saturnine.* M. Du Pasquier (Paris) : *Hémoptysies tuberculeuses.* M. Cabannes (Bordeaux) : *Accèsde goutte.* M. Lion (Paris) : *Complications du diabète.* M. Tessier : (Paris) *Hémiplégie faciale.* M. Courmont (Lyon) : *Marche et diagnostic de la paralysie générale.* M. Thiroloix (Paris) : *Syphilis hépatique.* M. Hobbs (Bordeaux) : *Chorée.* M. Raymond (Montpellier) : *Cancer des voies biliaires.* M. Gouget (Paris) : *Roséoles.* M. Nicolas (Lyon) : *Tuberculose intestinale.* M. Papillon, (Lille) : *Diagnostic et pronostic de la fièvre typhoïde.* M. Mosny (Paris) : *Rétrécissement mitral.* M. Sergent (Paris) : *Gangrène pulmonaire.* M. Lamacq, (Bordeaux) : *Pneumonie fibrineuse.* M. Dupré (Paris) : *Broncho-pneumonies.* M. Vedel (Montpellier) : *Dilatation des bronches.* M. Renault (Paris) : *Rachitisme.*

COMMISSION DES MUSÉES SCIENTIFIQUES. — M. René CAGNAT, de l'Institut, secrétaire de la commission archéologique de l'Afrique du Nord est nommé membre de la commission des musées scientifiques et archeologiques, en remplacement de M. du Coudray La Blanchère, décédé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret est approuvée l'élection, faite par l'Académie de Médecine, de M. le Dr POUCHET, pour remplir la place de membre titulaire devenue vacante, dans la section de physique et de chimie médicales, par suite du décès de M. Schutzemberger.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — *Conseil.* — MM. Berthelot, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, Léon Bourgeois, député ; Fallières, sénateur ; Liard, directeur de l'enseignement supérieur, sont nommés membres du Conseil du Muséum d'histoire naturelle. M. Berthelot exercera la présidence de ce Conseil.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE EN 1898. — La soixante-sixième session de l'Association médicale britannique aura lieu à Edimbourg du 26 au 30 juillet 1898.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de Médaille d'Or.* — Le concours pour la Médaille d'Or (Médecine) s'est terminé par les nominations suivantes : Médaille d'Or : M. Labbé ; Mention honorable : M. Ramond.

HÔPITAUX DE ROUEN. — M. le Dr HALIPRÉ est nommé médecin-adjoint.

ECOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE A PARIS. — M. le médecin principal de 2e classe ANTONY, à l'hôpital militaire de Bordeaux, est nommé professeur de médecine légale, législation administrative et service de santé militaire à l'Ecole d'application du service de santé militaire. — M. le pharmacien major de 1re classe GEORGES, professeur agrégé à l'École d'application du service militaire, est nommé professeur de chimie appliquée aux expertises de l'armée et de toxicologie de cette école.

EPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE A CASTRES. — Une épidémie de fièvre typhoïde sévit sur la garnison de la ville de Castres, composée des 3e et 9e régiments d'artillerie. On a dû faire construire dans la cour des casernes des baraquements en bois pour les troupes saines, auxquelles on interdit l'usage de l'eau, qui, comme boisson, est remplacée par le thé. Les malades ont été évacués sur les hôpitaux des garnisons voisines, notamment à Castelnaudary et Albi ; enfin un certain nombre d'hommes par régiment ont été envoyés provisoirement chez eux. La population castraise, qui d'ailleurs, n'est guère épargnée par cette maladie, a été tellement prise de panique que, à un moment, le bruit a couru que l'autorité militaire, pour cacher la gravité de la situation, enterrait nuitamment les soldats morts. Ce bruit était sans fondement. Il est certain aussi que tous les ans des cas de fièvre typhoïde se produisent à cette époque à Castres, mais le nombre n'en avait jamais été aussi élevé que cette année. — Le dernier bulletin de l'état civil de la commune de Castres constate trente et un décès survenus du 17 au 23 décembre, alors que, dans les périodes correspondantes, le chiffre de la mortalité est de douze en moyenne. Sur cette trop longue liste de morts les soldats des 3e et 9e régiments d'artillerie figurent au nombre de seize. L'épidémie de fièvre typhoïde qui fait toutes ces victimes est attribuée à l'état des eaux servant à l'alimentation publique. Aussi le conseil d'hygiène de Castres, réuni d'urgence, vient-il de prendre les décisions suivantes : Surveillance rigoureuse et nettoyage très fréquent des filtres ; examen de canalisation et des conduites d'eau traversant les égouts ; envoi exclusif de l'eau filtrée dans la canalisation de la ville ; faire draguer l'égout qui traverse la ville ; défense au jardiniers d'arroser avec des matières fécales ; faire inspecter les cafés au point de vue de l'origine de l'eau d'alimentation ; faire construire une canalisation souterraine pour la la prise d'eau aux Burlats. M. Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé au ministère de la guerre, accompagné d'un médecin major, est allé à Castres pour rechercher les causes de cette épidémie de fièvre typhoïde.

LES ÉPIDÉMIES DE NANTES. — A l'Ecole normale de Nantes, la situation est très bonne ; une des malades a pu sortir et les deux autres ne tarderont pas à la suivre. Au 65e, on ne signale pas de nouveaux cas de grippe. Les sorties de l'Hôtel-Dieu sont assez nombreuses. Dans la ville, l'état est stationnaire, et les entrées et les sorties de l'Hotel-Dieu continuent d'une façon normale. En somme, la situation sanitaire s'améliore.

LA PESTE AUX INDES. — La peste continue de sévir à Poonah, d'après des nouvelles de Bombay, datées du 6 décembre. Un camp sanitaire, établi dans cette ville, est placé sous la direction du comité militaire de la peste.

LA GRACE DES Drs BOISLEUX ET LA JARRIGE. — Le *Matin* assure comme imminente la grâce de MM. les Drs Boisleux et La Jarrige.

BUSTE DE FAUVEL. — La semaine dernière a eu lieu au cimetière du Père-Lachaise l'inauguration du buste du Dr Charles Fauvel, dû au talent d'Injalbert et érigé par souscription des amis du regretté médecin.

STATUE DE CHARCOT. — D'après le *Figaro*, la Salpêtrière va recevoir la statue en bronze de Charcot, par Falguière, qui vient de sortir de la fonte.

EXPOSITION DE 1900. — *Comités scientifiques.* — Pour la Classe 86 de l'Exposition de 1900 (*Arts chimiques et Pharmacie*), sont nommés : Président, M. Friedel, de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences de Paris ; vice-président, M. Expert-Besançon, président du comité central des chambres syndicales ; rapporteur, M. Adrian ; secrétaire, M. Lefebvre, président de la chambre syndicale des produits chimiques.

NOMINATIONS DIVERSES. — MM. les docteurs, dont les noms suivent, sont nommés membres des Comités d'inspection et d'achats de livres des bibliothèques des villes ci-après désignées. Aix-les-Bains : MM. J. Guillaud et Maximin Legrand ; Epernay : M. Evrard, adjoint au maire ; Gap : M. Coronat, père ; Nantes : M. le Pr Fleury ; Perpignan : MM. Coiffler et Vibert, conseillers municipaux ; Reims : M. Guelliot ; Saint-Nazaire : M. Griffon du Bellay ; Vitry-le-François : MM. Mougin et Vast.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Incendie à Beaujon.* — Le feu s'est déclaré cette semaine dans une chambre de débarras, à l'hôpital Beaujon. On a pu éteindre rapidement ce commencement d'incendie.

HOSPICE DE PONTORSON. — *Incendie.* — Le feu s'est déclaré soudainement cette semaine dans un bâtiment dépendant de l'hospice de Pontorson et contenant 50.000 kilogrammes de paille. Pendant que les pompiers essayaient de combattre le feu, trois autres foyers d'incendie ont été découverts dans les batiments de l'hospice. Il est donc hors de doute que l'incendie a été allumé intentionnellement. Les dégats sont évalués à 30.000 francs. Une enquête est ouverte pour rechercher les incendiaires inconnus jusqu'ici.

SANATORIUM DE SAINT-POL-SUR-MER. — Le *concours pour une place d'interne* au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer s'est terminé par la nomination de M. Pierre FAVIER.

LES MALADIES A NANTES. — On a reçu, en novembre 1897, 26 déclarations de maladies épidémiques, dont 5 de typhoïde et 11 de diphtérie. 42 désinfections ont été exécutées : 15 pour fièvre typhoïde, 12 pour diphtérie, 9 pour tuberculose et 6 pour causes diverses. 9 blanchiments à la chaux ont été opérés.

LE TUEUR DE BERGERS. — M. Fourquet, juge d'instruction à Belley, a signé une ordonnance désignant les Drs Lacassagne, médecin au rapport, Pierret, médecin en chef de l'asile de Bron, et Rebatel, médecin aliéniste à Lyon, pour examiner l'état mental de Vacher. Tous les trois se sont rendus à Belley pour prêter serment ; ils ont procédé ensuite à un premier examen de Vacher. Celui-ci sera conduit à Lyon lorsque M. Fourquet aura terminé son enquête.

LES DUELS DE MÉDECINS. — A la suite d'une partie de football qui a eu lieu dimanche dernier, une altercation s'est produite entre M. le Dr Rigaud, l'un des juges de la partie, et M. Flers, [illegible] de la [illegible] de [illegible] : une rencontre a été décidée. [illegible] Seine. Après diverses reprises, [illegible] desquelles M. Flers avait effleuré plusieurs fois le bras de son adversaire, M. le Dr Rigaud a été atteint à l'avant-bras d'un coup d'épée pénétrant, qui a mis fin au combat. — A la suite d'une [illegible] entre quelques officiers de la garnison de Belfort et un [illegible], un duel a eu lieu cette semaine entre ce dernier [illegible]. Les deux adversaires se sont blessés [illegible]. Le duel durait depuis près de quarante minutes, [illegible] la pièce, [illegible] dans le local où il avait lieu, a mis fin au combat.

LE MAGASIN PITTORESQUE, dont le Secrétaire de la rédaction est M. Ch. Maret, [illegible] deux fois par mois, est une belle publication [illegible] à l'attention de nos lecteurs. — Paris. Librairie [illegible], rue Palatine.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service [illegible], ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.

[illegible]MERIE DE SAINT-LAZARE (107, faubourg Saint-Denis). — *Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie, syphiligraphie et gynécologie.* — Ces cours sont faits deux fois par an par les médecins et [illegible] de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare. La première série commencera le jeudi, 20 janvier, à dix heures et demie du matin et se continuera les samedi, mardi et jeudi suivants à la même heure. Ces cours seront faits, le mardi, par M. OZENNE : Gynécologie. Le jeudi, par M. LE PILEUR : Syphiligraphie. Le samedi, par M. L. WICKHAM : Vénéréologie, et seront complets en dix-huit leçons. Seront admis à suivre ces cours, les docteurs en Médecine et les étudiants en Médecine pourvus de seize inscriptions, qui se seront fait inscrire chez M. le Directeur de la maison de Saint-Lazare, qui leur remettra une carte d'entrée.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DOUZE FRANCS. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE
AUX BUREAUX DU PROGRÈS MÉDICAL

MANUEL PRATIQUE
DE LA
GARDE-MALADE & DE L'INFIRMIÈRE

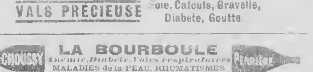
Publié par le **Dr BOURNEVILLE**

Rédacteur en chef du *Progrès médical*, Médecin de Bicêtre, Directeur des Écoles municipales d'infirmières, etc.

Avec la collaboration de MM. Ed. BRISSAUD, P. CORNET, B[illegible], H. DURET, P. KERAVAL, G. MAUNOURY, MONOD, J. NOIR, POIRIER, Ch.-H. PETIT-VENDOL, PINON, P. REGNARD, SEVESTRE, SOLLIER, VIRON, P. YVON, Mme PILLIET-EDWARDS.

Sixième édition revue et augmentée.

Ce manuel se compose de cinq volumes : T. I. *Anatomie et physiologie* ; — T. II. *Administration et comptabilité hospitalières* ; — T. III. *Pansements* ; — T. IV. *Soins à donner aux femmes en couches. Soins à donner aux aliénés. Petite pharmacie. Petit dictionnaire des termes médicaux* ; — T. V. *Hygiène*. — Prix les cinq volumes in-18 jésus : 7 fr. 50. — Pour nos abonnés. Prix . . . . 6 fr.



Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS — IMP. [illegible], G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SERIE. T. VII. Nc 2 BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 8 JANVIER 1898.

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

Observations de kératite pseudo-membraneuse primitive chronique et sans propagation ;

par le Dr DRANSART (de Somain).

Au mois d'août 1897, le Dr Thiébaut (d'Alger) publiait dans le journal *La Clinique ophtalmologique*, pages 192 à 196, deux cas de diphtérie primitive de la cornée.

Son *premier cas* concernait un granuleux de 49 ans qui est atteint, le 27 octobre 1894, de diphtérie cornéale avec chémosis et douleurs péri-orbitaires ; production de fausses membranes qui sont enlevées et se reproduisent sur place. L'affection aboutit au bout de 21 jours à la perte de la vision de l'œil atteint, l'œil droit. Au bout de 22 jours, l'œil gauche se prend. La cornée se trouble avec production de fausses membranes qu'on enlève et qui se reproduisent journellement durant cinq semaines sur la cornée et la conjonctive. La fausse membrane était de consistance dure.

Le malade conserva un peu de vision à l'œil gauche, assez pour se conduire et jouer aux cartes. La cristalloïde était le siège de nombreux dépôts pigmentaires. Bien que l'examen bactériologique ait fait défaut, l'auteur ne doute nullement de la nature diphtérique de la maladie, en raison de la contamination ultérieure du second œil.

Le *second cas* concerne une jeune fille de 26 ans granuleuse, atteinte d'ulcérations cornéales avec poussées de kératite aiguë avec douleurs et photophobie. A l'issue de ces poussées, l'auteur constata sur la cornée une tache comme une tête d'épingle faisant une légère saillie. Cette tache grandit et au bout de quelques jours on l'enlève facilement. A sa place reste une dépression cupuliforme que l'on comble d'airol. L'airol est continué chaque jour et la plaque ne se reproduit pas.

Une partie de la fausse membrane a été ensemencée sur un tube de gélatine et adressée à l'Institut Pasteur d'Alger qui a diagnostiqué de la diphtérie pure. Le Dr Thiébaut fit une injection de 10 cc. de sérum antidiphtéritique. Au bout de dix jours l'ulcère était cautérisé, soit une guérison en vingt jours.

L'auteur en conclut qu'il existe une diphtérie vraie essentielle primitive de la cornée, ce qui n'exclut cependant pas toute possibilité de contamination directe ou de transfert sur une muqueuse plus ou moins distante. C'est une entité morbide dont les traités d'ophtalmologie ne font pas mention et qui est établie par les deux observations précédentes du Dr Thiébaut.

Le travail de notre distingué collègue d'Alger, le Dr Thiébaut, sur la *kératite diphtéritique primitive* m'a vivement intéressé, et cela d'autant plus que j'avais dans mes souvenirs cliniques plusieurs cas analogues à ceux qu'il publiait. De plus, j'avais, il y a un an, pris des notes sur deux cas récents que j'avais l'intention de publier ultérieurement en attendant l'occasion d'y ajouter de nouveaux faits confirmant l'existence de la kératite pseudo-membraneuse primitive indépendante de toute autre manifestation pseudo-membraneuse antérieure et ultérieure.

Les deux observations que je publie se rapprochent beaucoup de la deuxième observation du Dr Thiébaut. Elles établissent en outre que la kératite pseudo-membraneuse peut exister à l'état chronique durant des mois et années chez le même sujet, avec des accès aigus à répétitions sans propagation autre que celle d'une iritis. Voici les deux cas.

Observation I. — Le 3 juin 1896, le nommé C... P..., forgeron à l'entretien du chemin de fer du Nord à L..., entre à la clinique de Somain. C... souffre beaucoup de l'œil gauche depuis 15 jours. Il a des douleurs péri-orbitaires. Cet œil en même temps est devenu très rouge.

Etat actuel. — L'œil gauche est le siège d'une injection périkératique vive. On constate au centre de la cornée une tache d'un blanc mat de 4 à 5 millimètres dans toutes ses dimensions. Une instillation d'atropine décèle l'existence de synéchies. Il y a encore de vives douleurs péri-orbitaires. La vision de l'œil gauche est nulle :

OG. V = 9. — OD. V. = 2/3.

Traitement. — On enlève avec une curette l'exsudat blanchâtre qui occupe le centre de la cornée, on fait une injection massive de sublimé, solution 1/1.000, sous la conjonctive bulbaire, on saupoudre d'iodoforme la surface ulcérée de la cornée et on fait un pansement antiseptique compressif. On envoie l'exsudat à l'Institut Pasteur de Lille.

Le 9 juin, 2 jours après le traitement précédent, on lève le pansement et on trouve un ulcère cornéal à fond jaunâtre à la place de l'exsudat. — On fait une seconde injection de sublimé sous la conjonctive.

12 *juin.* — Disparition des douleurs.

V. OG = 1/6.

L'examen de l'exsudat fait à l'Institut Pasteur de Lille a donné des colonies de bacilles de Lœffler et de pneumocoques. Interrogé sur l'origine et la durée de sa maladie, C... raconte qu'il souffre de l'œil gauche depuis 2 ans. Cet œil était deux ou trois fois par an le siège de violentes douleurs avec rougeur et apparition d'une tache blanche comme de la craie au centre de la cornée. Ces douleurs duraient de 8 à 15 jours, puis la tache diminuait, elle devenait comme une tête d'épingle et parfois disparaissait complètement pour reparaître ultérieurement. Cette fois, la tache avait reparu plus grande que d'ordinaire avec des douleurs plus violentes et une plus grande diminution de la vision.

En juin 1897, C... a eu de nouveau une poussée d'iritis qui a disparu rapidement grâce à une injection de sublimé sous la conjonctive bulbaire.

Aujourd'hui, 28 septembre 1897, on constate l'état suivant : L'aspect de l'œil gauche est normal, sauf une légère taie de la cornée.

V. OG = 1/6 — 2 = 1/3. — V. OD = 2/3

Il s'agit donc dans l'espèce d'un cas de kératite pseudo-membraneuse diphtéritique primitive à répétitions avec complication d'iritis due probablement aux toxines secrétées par les bacilles de l'exsudat cornéen.

Observation II. — Mlle H. B..., de Cambrai, âgée de 40 ans, se présente le 26 février 1896 à la clinique de Somain. Elle souffre beaucoup de l'œil gauche et ne peut plus travailler. Elle a été opérée par nous il y a quinze ans de cataracte traumatique suite d'une piqûre d'aiguille avec synéchie antérieure au niveau de la plaie cornéale.

Depuis deux ans, elle a vu survenir sur la cornée au niveau de la piqûre ancienne, une tache qui a grandi progressive-

ment avec des poussées inflammatoires qui revenaient tous les cinq mois environ. A chaque poussée inflammatoire, l'œil rougissait, devenait larmoyant avec accompagnement de douleurs péri-orbitaires et abaissement de la vision. Au bout de quinze jours, la crise inflammatoire disparaissait et la vision reprenait son ancien taux. La dernière crise qui l'amène à la clinique remonte à six semaines et a présenté une intensité plus grande et les douleurs étaient plus vives au point de rendre tout travail impossible. La rougeur était plus accentuée, mais sans chémosis. La tache blanche a grandi davantage et la vision devenant presque nulle, la malade s'est décidée à suivre un traitement à notre clinique.

Etat actuel au 24 février 1896. — A l'œil gauche, sur la cornée, on constate un exsudat blanchâtre occupant sur la partie interne de la cornée un secteur équivalent au quart de la surface cornéale et donnant à la physionomie un aspect étrange. Il y a une injection périkératique intense et des douleurs péri-orbitaires prononcées.

V. OG. = 1/100 à peine.

L'œil droit est normal : V. = 1.

Traitement. — Avec une curette on enlève l'exsudat cornéal très facilement, on met cet exsudat dans un tube pour le faire examiner. Ce tube a été égaré malheureusement et retrouvé un an après. L'examen et l'ensemencement n'ont donné aucun résultat.

Après le curettage, on fait un pansement iodoformé de la surface ulcérée située sous la fausse membrane. Deux jours après, le 4 mars 1896, je fis une iridectomie à l'œil gauche et au bout de huit jours, l'ulcère cornéal, que recouvrait la fausse membrane, était cicatrisé. L'œil avait repris son état normal et la vision était revenue à son taux habituel.

Le 17 septembre 1897, Mlle B... se présente à la consultation. Son état est toujours resté excellent depuis le 25 mars 1896. L'œil gauche n'a plus rougi et la tache blanche n'a plus reparu.

V. OG. = 1/20. — V. OD. = 1.

On constate à peu près au centre de la cornée une légère opacité de un millimètre et demi de dimension, à laquelle adhère l'iris. C'est le reliquat de la piqûre d'aiguille. Cette tache a été le point de départ de la fausse membrane.

En somme, dans ce cas, il s'agit d'une kératite pseudo-membraneuse à répétition et complètement isolée. Dans ce cas, il y a eu également de l'iritis due probablement aux toxines microbiennes qui ont pénétré dans la chambre antérieure en traversant les diverses couches de la cornée. Il est regrettable que dans ce cas l'analyse bactériologique n'ait pu être faite en temps utile pour déceler la nature du microbe pathogène.

Conclusions. — Les observations que nous venons de publier confirment celles du Dr Thiébaut (d'Alger). Elles établissent également l'existence de la *kératite pseudo-membraneuse primitive* comme entité morbide.

La kératite pseudo-membraneuse primitive peut être due exclusivement aux bacilles de la diphtérie comme le prouve le second cas du Dr Thiébaut contrôlé par l'examen fait à l'Institut Pasteur d'Alger. Elle peut être occasionnée par une association microbienne de bacilles de Lœffler et de pneumocoques ainsi que cela résulte de notre première observation où l'examen de la fausse membrane a été fait par l'Institut Pasteur de Lille. A ce sujet, qu'il me soit permis d'adresser tous mes remerciments au savant directeur de l'Institut Pasteur de Lille, M. le Dr Calmette, et à ses distingués préparateurs, les Drs Deléarde et Guérin.

A notre avis, des observations ultérieures prouveront que la kératite pseudo-membraneuse primitive peut être également due à des colonies de staphylocoques ou de streptocoques.

La kératite pseudo-membraneuse primitive a plusieurs formes cliniques : 1° la *forme aiguë* dont l'évolution se fait en trois semaines (obs. Thiébaut); 2° la *forme chronique* avec des poussées aiguës revenant irrégulièrement dans le cours de la maladie dont la durée peut être de plusieurs années (obs. Dronsart).

Le *pronostic* de cette affection paraît bénin dans la majeure partie des cas, trois fois sur quatre. Toutefois, sous ce rapport, il faut reconnaître à côté de la forme bénigne, qui n'intéresse que légèrement la vision, une forme maligne qui peut entraîner la perte complète de la vision (premier cas du Dr Thiébaut).

Le *traitement* rationel de cette affection consiste à enlever la fausse membrane et à saupoudrer la surface ulcérée de la cornée soit avec l'airol, soit avec l'iodoforme, en recouvrant l'œil d'un pansement antiseptique et compressif. D'un autre côté, il sera sage de faire le plus vite possible une injection de sérum de Roux. En cas de complications d'iritis avec synéchie, ce qui a eu lieu dans nos deux cas, l'iridectomie nous paraît indiquée.

CLINIQUE MÉDICALE

Un cas de respiration de Cheyne-Stockes à cycle absolument régulier, avec modifications des pupilles parallèles aux mouvements respiratoires, et anesthésie régulièrement intermittente de la face dans toute la sphère du trijumeau ;

par M. le Dr TERRIEN (de la Vendée).

Le phénomène de Cheyne-Stoekes reste encore, malgré les nombreux travaux publiés sur ce sujet, un phénomène bien obscur et dont le mécanisme est loin d'être connu. On en est encore réduit à des hypothèses qui ne peuvent avoir en réalité que la valeur d'une hypothèse, valeur relative par conséquent. Le fait, qui a frappé le plus les observateurs, c'est le changement du rythme respiratoire normal en pauses et groupes respiratoires alternant périodiquement. Le Cheyne-Stockes est plus complexe et les autres phénomènes qu'on considère comme des phénomènes accessoires ne sont pas moins curieux et n'offrent pas moins d'intérêt, ainsi que nous pourrons en juger par l'observation suivante :

R..., 64 ans, sans tare héréditaire. Comme antécédents personnels, rien de particulier à noter. Sabotier de profession, menant une vie régulière, tranquille. Pas d'alcoolisme, pas de syphilis.

Il y a 15 ans environ, il eut une attaque congestive, sans perte de connaissance, sans chute à terre, mais la parole s'en va et la marche est devenue impossible ; puis la parole revient assez vite et la marche également. Cependant le malade éprouvait toujours une certaine difficulté pour trouver ses mots, et sa marche restait hésitante ; les vertiges étaient fréquents ; malgré cela, il put, au bout d'un certain temps (trois ou quatre mois), reprendre son travail. Voilà tous les renseignements fort incomplets que je pus recueillir.

En 1893, je le voyais pour la première fois : le malade venait d'avoir un vertige plus violent que d'habitude, ceci, du reste, lui arrivait plusieurs fois par jour; mais ce qui l'inquiétait le plus, c'était la faiblesse dans les jambes qui allait en s'accentuant, et les étouffements qui, fréquemment le jour et la nuit, le surprenaient.

Examen direct. — C'est d'abord la parole qui attire mon attention. R... éprouve un grand embarras pour trouver ses mots, il veut dire, il ne peut, il s'impatiente et finalement se met à rire : « Je ne puis trouver le nom que je cherche », dit-il ;

quelques minutes après, le nom, parfois, lui revient. Pas d'hésitation ni de tremblement dans la parole, il parle vite, a un peu de bégaiement, mais il n'a pas la façon de parler du paralytique général; c'est simplement un aphasique moteur. Si je le fais compter, il comptera jusqu'à dix, puis, là, il oubliera où il est rendu et recommencera, sans s'apercevoir qu'il se trompe, à compter depuis un..., etc. Je note également une grande hésitation dans son écriture, il passe des lettres, a tendance surtout à faire, en écrivant, ce qu'il fait en comptant, il recommence les premières lettres du mot, il écrira par exemple Ram rambaud, il s'embrouille et jette sa plume de colère comme le fait le paralytique. C'est un aphasique moteur agraphique. Pas de cécité verbale, il lit assez bien et sans trop bégayer. Pas de surdité verbale également.

Il résulte donc de ce court exposé que notre malade présente une lésion intéressant une portion de la zone du langage, son centre moteur, son centre graphique, si l'on admet un centre graphique (ce qui est douteux pour Déjerine, Mirallié), et respectant le pli courbe et la première temporale.

Cette lésion a été produite par une hémorragie cérébrale bien légère si l'on interroge les renseignements ou plutôt, vraisemblablement, par une embolie dans l'artère sylvienne; car notre malade, nous le verrons tout à l'heure, était porteur d'une affection cardiaque qui semblait être un reliquat d'une vieille endocardite. Mais j'abrège pour arriver plus vite aux phénomènes qui doivent nous intéresser. Ajoutons cependant que la démarche, sans les vertiges, serait assez assurée, qu'il n'existe aucun trouble de la sensibilité générale ni spéciale, qu'il n'y a pas diminution de l'acuité auditive ni visuelle, que les pupilles sont égales et réagissent et que les réflexes du genou sont très exagérés.

J'ai dit, plus haut, que notre malade se plaignait d'étouffements; j'ai pu, dès cette époque — en 1893 — constater des phénomènes d'oppression très manifestes: « j'étouffe, j'étouffe, » s'écriait-il tout à coup, et je le vois respirer vite, d'une respiration courte, bruyante, anxieuse; puis, sans pause bien nette, la respiration reprend sa marche normale. C'était déjà le prélude du drame bulbaire auquel nous assisterons trois ans plus tard. C'était un Cheyne-Stockes en petit qui se prolongea sous cette forme pendant trois ans pour aboutir enfin à un Cheyne-Stockes type que nous décrirons tout à l'heure.

Du côté du cœur, palpitations très accentuées, intermittences, souffles, lésions mitrales très nettes; l'orifice aortique est également touché; pas d'œdème des jambes. Rien aux poumons, tous les autres organes sont sains. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

En 1894, R..., fait une pneumonie grave, à gauche, suivie de guérison.

Quelques mois après, il présente une paralysie incomplète du bras droit, paralysie qui a persisté jusqu'à sa mort.

Enfin en 1896, l'état s'aggrave, on me fait appeler: les vertiges sont plus fréquents, la faiblesse grandit, cependant le malade est encore debout, se promène dans la maison et dans son jardin, mais à chaque instant il s'arrête, étouffé.

Voici les résultats de mon examen à cette date: le malade a sa physionomie habituelle, c'est lui-même qui vient m'ouvrir la porte; donc au premier aspect il me paraît ni mieux ni pire que d'habitude, le teint est frais, non cyanosé, mais je suis aussitôt frappé par ces pauses respiratoires qui alternent d'une façon régulière avec les groupes respiratoires.

C'est un superbe Cheyne-Stockes que j'ai devant moi: les pauses ont des durées constantes, 20 secondes; les groupes respiratoires 39 à 40 secondes, la durée du cycle est ainsi invariablement de 59 à 60 secondes. Les mouvements respiratoires qui suivent les pauses sont d'abord presque imperceptibles, très superficiels, puis deviennent plus larges, plus profonds, pour redevenir superficiels et aboutir à une nouvelle suspension respiratoire; et ce cycle ainsi défini s'est continué pendant toute ma visite qui a duré une heure, et cela à toutes mes visites durant 6 jours.

J'ai essayé à plusieurs reprises, en lui rappelant qu'il ne respirait pas, de le pousser à respirer; alors il lui est arrivé parfois, par un effort de volonté qui suppléait à ce manque d'impulsion intérieure, de faire naître quelques respirations; mais son thorax se soulevait péniblement et faiblement, c'était, pour lui, un étrange supplice; il succombait bientôt à la fatigue, les mouvements cessaient à nouveau.

Ce Cheyne Stockes respiratoire était déjà remarquable et m'intéressait; ce qui me surprit davantage, ce sont les phénomènes pupillaires et les troubles de la sensibilité du côté de la face, troubles intermittents comme les phénomènes respiratoires et suivant une marche absolument parallèle.

D'abord, parlons des pupilles. Pendant les vingt secondes où il y avait absence totale de respiration, la pupille était réduite à un point, puis au fur et à mesure que la respiration, d'abord à peine perceptible, légère, puis plus ample, plus large, se dessinait, la pupille, de punctiforme qu'elle était, grandissait peu à peu, pour atteindre au moment de l'amplitude respiratoire des dimensions énormes, effaçant l'iris qui n'était plus dès lors réduit qu'à une simple bandelette linéaire. Puis la respiration s'affaiblissant, la pupille elle aussi se rétrécissait pour ne plus être bientôt qu'un point d'aiguille quand la respiration cessait; de telle sorte que je pouvais suivre, en consultant simplement les pupilles, le degré d'amplitude des mouvements respiratoires; je pouvais juger, aux yeux, où le malade en était de sa respiration.

Du reste, voici le tracé, pris devant le malade qui, durant tout cet examen, se tenait debout devant moi, ce qui indique que son Cheyne-Stockes l'importunait assez faiblement.

Ce tracé parle mieux que toutes les descriptions que je pourrais faire. On voit nettement le parallélisme absolu qui existe entre les phénomènes pupillaires et respiratoires, on voit également cet autre phénomène non moins curieux de sensibilité intermittente dont je n'ai pas encore parlé, et sur laquelle je dirai quelques mots.

Au toucher, je constate que la cornée est insensible au moment de la pause; il n'y a pas de réflexe oculo-palpébral. La respiration reparaît-elle? La pupille se dilate, la cornée, à son tour, redevient sensible et le réflexe oculo-palpébral est, cette fois, constaté. Pas de mouvement rotatoire du globe oculaire.

A la peau de la face, même constatation: insensible à la piqûre pendant la suspension respiratoire, la face, dans toute la sphère du trijumeau, retouve sa sensibilité dès que reprend la respiration. Le réflexe nasal suit la même alternance; le trijumeau moteur, au contraire, n'est pas influencé, il n'y a à aucun moment paralysie des muscles masticateurs.

Ainsi, le centre cilio-spinal et le noyau central sensitif du trijumeau sont donc atteints au même titre que le centre respiratoire. Du reste, on sait qu'ils sont voisins dans le bulbe, qu'ils se touchent.

J'avoue que je n'ai pas recherché l'état du pouls (c'est là une faute) pendant les phases d'apnée et de dyspnée, les phénomènes exposés plus haut avaient éveillé, absorbé toute mon attention, au point de me faire négliger le reste. Cependant, ce que je puis dire, c'est que, en auscultant le cœur pendant la durée de plusieurs cycles, je n'ai pas remarqué de changements appréciables; des palpitations, des intermittences de très courte durée comme celles que j'avais constatées autrefois, mais sans rapport manifeste avec les pauses et groupes respiratoires comme dans le beau cas signalé par Hallopeau et Petit (*France médicale*, 90). Du reste, le facies du malade ne semble pas modifié pendant les différentes phases de la respiration: la coloration du visage reste toujours la même. Pas de cyanose, teint plutôt pâle, la température est à peu près normale: 36°,5.

Ce Cheyne-Stockes complet dura six jours; il est à supposer même qu'il n'a pas commencé avec ma première visite, qu'il pouvait peut-être exister déjà depuis quelque temps.

Pendant les trois jours qui suivirent mon premier examen, le malade continua sa petite vie ordinaire, vie de repos évidemment, mais sans un séjour prolongé au lit, puis la faiblesse s'accentuant, il dut s'aliter pour s'éteindre le sixième jour tranquillement, sans agonie, dans une pause respiratoire prolongée.

Cette observation offre, nous l'avons vu, des particularités bien intéressantes.

Ainsi, nous avons devant nous un cérébral, un cardiaque qui, depuis trois ans et demi, présentait des

*

phases de dyspnée avec respiration rapide, laborieuse, bruyante, sans pause respiratoire consécutive, appréciable. C'était le Cheyne-Stockes commencé, Cheyne-Stockes imparfait évidemment, puis, dans les derniers jours de sa vie, que voit-on? Un Cheyne Stockes type, très complexe et vraiment curieux, s'installe.

1° Il est curieux par la régularité absolue de son rythme; une série de respirations croissantes et décroissantes, d'une durée invariable de 39 à 40 secondes, aboutissant à une pause respiratoire d'une durée invariable de 20 secondes.

2° Il est curieux par la longue durée du phénomène. Depuis plus de trois ans, notre malade présentait un Cheyne-Stockes incomplet, et enfin pendant six jours un Cheyne-Stockes type.

3° Il est curieux par la facilité, facilité relative s'entend, avec laquelle notre homme supportait ce genre de respiration. Il était debout, il se promenait, les gens de la maison ne remarquaient pas, dans son état, un changement bien remarquable, un peu plus de fatigue, quelques vertiges, et c'était tout; l'alimentation était à peu près la même que de coutume.

4° Il est curieux par les phénomènes pupillaires qui accompagnaient les phénomènes respiratoires. On note bien (et moi-même, dans d'autres cas, je l'ai remarqué, tout récemment encore dans un cas d'hémorragie cérébrale, avec respiration de Cheyne-Stockes), on note bien, dis-je, de la contraction des pupilles pendant l'apnée et de la dilatation pendant la dyspnée, mais je n'ai jamais vu signaler un tracé analogue à celui que j'ai présenté plus haut. Une pupille qui va du point d'aiguille à un cercle égalant l'iris, et cette marche absolument parallèle avec les mouvements respiratoires, à tel point que, sans consulter son thorax, j'aurais pu dire à quelle période précise du cycle respiratoire notre malade se trouvait, car après un temps d'arrêt, on voyait un petit tremblement de son point pupillaire, puis une augmentation à peine perceptible; à ce moment la première inspiration, très légère, se faisait, le point grossissait, les inspirations se répétaient plus larges, toujours très précipitées; enfin la pupille arrivée à ses dimensions maxima correspondait exactement avec l'amplitude respiratoire, puis on voyait la pupille diminuer et la respiration redevenue précipitée, plus superficielle pour cesser complètement à la seconde même où précisément l'on constatait que la pupille était devenue tout à fait punctiforme.

5° Enfin, il est curieux, par cet autre phénomène, qui n'a jamais été signalé que je sache: une anesthésie de la face; abolition des réflexes oculo-palpébraux et nasaux pendant la pause respiratoire; le retour de la sensibilité et des réflexes pendant la période respiratoire.

S'il est très intéressant de contempler ce tableau, on est, en revanche, bien embarrassé quand on veut donner la raison certaine de ces divers phénomènes. Que de discussions se sont élevées au sujet de cette respiration de Cheyne-Stockes, et certes la lumière est encore loin d'être faite. Pour que la respiration se fasse, il faut que le centre respiratoire soit excitable et qu'il soit excité. C'est l'oxygène du sang, que les centres nerveux consomment comme les autres tissus, et en plus grande quantité, qui donne au centre respiratoire son excitabilité, et c'est l'acide carbonique qui vient alors influencer ce centre nerveux, rendu excitable, et provoquer le besoin de respirer. Brown-Séquard a nettement démontré le pouvoir excitant de l'acide carbonique sur les tissus nerveux, en général, et sur le centre respiratoire, en particulier.

Ainsi, il faut d'abord que le bulbe, le centre respiratoire qui y est logé, soit suffisamment nourri par un sang oxygéné pour avoir son excitation normale et donner lieu, sous l'influence de l'acide carbonique, à une respiration normale. S'il existe une perturbation dans ces ordres de faits, apport insuffisant d'oxygène et diminution dans la quantité d'excitant, c'est-à-dire de CO^2 nécessaire pour la mise en mouvement du centre respiratoire, la respiration se trouvera aussitôt troublée.

Aussi Piaggio (*Progrès médical*, 1896) et Langendorff écrivent-ils ceci: « Un apport insuffisant d'oxygène dans les tissus, voilà la cause essentielle du phénomène de Cheyne-Stockes ». Hallopeau, étudiant les phénomènes intermittents d'arrêt du pouls et du cœur dans le Cheyne-Stockes, conclut que ces phénomènes peuvent se rattacher comme les mouvements respiratoires à l'excitation du mésocéphale par le sang anoxhémié. Traube, avant eux, avait émis une opinion, qui, au fond, se rapproche de la théorie de Piaggio. Traube dit: « Le Cheyne-Stockes existe parce qu'il y a anémie du centre respiratoire par diminution d'irrigation artérielle dans le bulbe où siège le centre respiratoire et, par suite de cette anémie, l'excitabilité du centre est diminuée. » Puisque le centre respiratoire reçoit moins de sang artériel, il a donc moins d'oxygène à consommer. On voit bien que les deux théories se confondent et n'en font qu'une en réalité.

Voilà, d'après tous les auteurs, la clef du mécanisme; mais Piaggio déclare que nous ne sommes pas du tout fixés sur le mécanisme en lui-même. Langendorff fait un essai de théorie, il considère le complexus du phénomène de Cheyne-Stockes comme les effets concomitants d'une excitation qui, émanant de l'encéphale et de la moelle, n'arrive à percer que d'une manière intermittente. C'est bien hypothétique et surtout bien vague. A défaut d'autre explication, je me rattacherai, comme l'a fait Bernheim, à l'idée de Traube; évidemment, ce n'est qu'une hypothèse, mais qui rend assez bien compte des faits.

Nous avons un centre respiratoire anémié, donc moins excitable. Il faut alors un sang plus chargé d'acide carbonique pour mettre en mouvement ce centre affaibli, et quand ce centre a été mis en mouvement, que la respiration a fonctionné pendant un temps variable, le sang se trouvera en grande partie débarrassé de son CO^2 qui s'y était accumulé et excitera de moins en moins le centre respiratoire, d'où la respiration plus légère, plus superficielle, finissant bientôt par s'arrêter. Le sang se rechargeant à nouveau de son acide carbonique excitera une seconde fois le centre respiratoire, et nous aurons ainsi une série alternante de pauses et de groupes respiratoires.

De plus, on peut admettre avec Bernheim, Ricklin, que le centre respiratoire étant moins excitable, ne jouissant plus de la même énergie, se fatigue plus aisément, pour peu qu'il ait fonctionné pendant un certain laps de temps, sa légère excitabilité se trouve vite épuisée par cet exercice fonctionnel, et la paralysie apparait, entrainant l'arrêt de la respiration. Il y a donc ces deux causes qui, agissant simultanément, produisent ces arrêts de la respiration et cette mise en mouvement de la respiration. Voilà, du moins, à défaut d'une autre explication plus satisfaisante, celle à laquelle nous nous arrêterons. Pourquoi n'admettrait-on pas, pour le centre respiratoire, ce que l'on est bien obligé d'admettre pour les autres parties de l'axe spinal? Charcot, afin d'expliquer certaines paralysies intermittentes qu'il a constatées, a dû recourir à la même hypothèse. Un de ses

malades avait-il fait une marche d'un quart d'heure que la paralysie des membres apparaissait ; s'il se reposait pendant quelques instants, la marche redevenait possible, mais, au bout d'un quart d'heure, un nouveau temps d'arrêt était nécessaire. Charcot avait trouvé à l'autopsie un anévrisme de l'artère iliaque primitive droite, le tiers inférieur de l'artère remplacé par un cordon ligamenteux, par conséquent cette partie de la moelle, d'où émergeaient les nerfs des membres inférieurs, se trouvait moins irriguée, moins nourrie ; de ce fait, moins excitable, et partant, devant s'épuiser plus vite. C'est bien là exactement ce que nous admettons pour le centre respiratoire et les mouvements respiratoires dans le Cheyne-Stockes clinique.

Du reste, il arrive dans les expériences que l'on fait sur la moelle, que l'excitabilité de cet organe est épuisée par la violence et la durée des excitations. Il est impossible alors pendant quelque temps de provoquer, soit de la douleur, soit des actions réflexes, en irritant tel ou tel point du corps ; quelques minutes après l'excitabilité venait et le pincement de la peau produisait de nouveau des actions réflexes (Vulpian, *Physiologie du système nerveux*).

Ainsi, pour résumer : les inspirations de plus en plus profondes débarrassent le sang de l'excitant du centre respiratoire, c'est-à-dire du CO^2 qui s'y était préalablement accumulé, et ce fait, joint à l'épuisement que détermine toute excitation prolongée sur les centres nerveux en général, sur le centre respiratoire en particulier, rendront, à nouveau, les inspirations de plus en plus superficielles pour cesser totalement, sauf à reprendre après une nouvelle charge d'excitant et un retour d'excitabilité dû au repos de l'organe.

Je me suis étendu un peu longuement sur le Cheyne-Stockes respiratoire, parce que, en réalité, cette hypothèse, une fois admise en ce qui concerne ce phénomène, doit s'appliquer au Cheyne-Stockes pupillaire et au Cheyne-Stockes sensitif, car le même mécanisme règle évidemment ces trois ordres de faits.

Les phénomènes oculo-pupillaires seront produits par un affaiblissement fonctionnel du centre cilio-spinal, il est anémié au même titre et pour la même cause que le centre respiratoire, moins oxygéné (Piaggio) et comme lui, sera moins excitable, et son excitabilité amoindrie s'usera plus aisément après un court exercice fonctionnel, à tel point, qu'au bout d'un certain laps de temps variable, il cessera d'agir, il sera paralysé, entraînant de ce fait le rétrécissement de la pupille par paralysie des fibres dilatatrices de l'iris innervées par les filets du grand sympathique qui ont leur origine dans le centre cilio-spinal. Comme le centre respiratoire, le centre cilio-spinal se chargera, pendant la pause respiratoire, de son excitant naturel le CO^2, sera de plus reposé et pourra dès lors se mettre de nouveau à fonctionner, mais son CO^2 une fois dépensé après une série de mouvements respiratoires, il se trouvera encore une fois annihilé, la paralysie apparaîtra, d'où le myosis constaté.

Nous expliquerons donc ainsi cette contraction et cette dilatation alternantes des pupilles, contraction et dilatation qui vont parallèlement avec les pauses et les groupes respiratoires. Pour l'anesthésie de la face, je ne pourrais que reprendre les données précédentes.

Ici, c'est le noyau sensitif du trijumeau qui est en jeu, noyau qui se trouve sur le plancher du quatrième ventricule, voisin du centre respiratoire. Comme ce centre, comme le centre cilio-spinal, il est anémié, moins excitable, perdant vite son excitabilité amoindrie après un court exercice fonctionnel et la retrouvant après une période de repos, d'où sensibilité de la face suivie d'une anesthésie profonde de la face dans tout le domaine du trijumeau, puis reprise de cette sensibilité et perte à nouveau de la sensibilité avec disparition des réflexes.

Assurément, dans tout cela, nous vivons, comme je l'ai fait remarquer plus haut, dans des hypothèses, mais qui s'accordent assez bien avec les faits ; elles s'accordent surtout avec ce que l'on a constaté dans les expériences physiologiques, avec ce que l'on a remarqué (malade de Charcot), dans certaines paraplégies intermittentes des membres. Cependant, on ne peut s'empêcher de s'étonner en voyant ce parallélisme absolu, cette concomitance dans les trois ordres de phénomènes. Il faut donc que les trois centres aient le même degré d'amoindrissement de leur excitabilité, qu'ils aient la même résistance, qu'ils s'épuisent en même temps, à la même seconde. Cette constatation est au moins curieuse et ne laisse pas de jeter un certain trouble dans l'esprit du clinicien.

De plus, on sera surpris de constater que tel malade frappé d'une hémorragie cérébrale (on sait que le Cheyne-Stockes se rencontre quelquefois dans cet accident), porteur d'un cœur qui, quoique malade, est suffisant pour une bonne irrigation artérielle dans les tissus nerveux, présente le phénomène de Cheyne-Stockes, quand tel autre malade, frappé d'une hémorragie cérébrale identique, à cœur plus malade, plus insuffisant, dont la circulation sera moins parfaite, le sang moins oxygéné, les tissus moins bien nourris, tombera dans la mort sans avoir présenté cette respiration.

Dans le mécanisme imaginé, si ingénieux qu'il puisse être, il existe donc plus d'un rouage qui nous échappe, et il est probable qu'il en sera ainsi tant que nous ne serons pas mieux fixés sur le chapitre de l'innervation respiratoire. Toutefois, il existe un fait bien indiscutable, et ceci a son importance, car il fixe un coin du problème ; c'est dans le bulbe certainement que se prépare, que se fait le Cheyne-Stockes, et le cas de notre malade en est une nouvelle preuve.

Nous avions déjà, dans le Cheyne-Stockes, des phénomènes respiratoires et des phénomènes pupillaires, et il se trouvait que les centres respectifs de la respiration et des pupilles étaient placés dans le bulbe, même le centre cilio-spinal pour bon nombre d'auteurs ; or, chez notre malade, un nouveau phénomène est constaté dans son Cheyne-Stockes : une anesthésie intermittente de la face dans tout le domaine du trijumeau, et il se trouve également que le noyau sensitif du trijumeau est précisément logé, lui aussi, dans le bulbe et tout près du centre respiratoire. Le Cheyne-Stockes est donc certainement un phénomène bulbaire.

L'Epidemie de l'Ecole normale de Nantes. — Nous avons dit, au début de l'épidémie qui se déclara le mois dernier à l'Ecole normale de jeunes filles de la Villa-Maria, que M. le Dr Ollive, médecin de l'Ecole, avait pronostiqué la fièvre typhoïde. Une enquête fut ouverte par l'Administration et confiée à MM. les Drs Bertin, médecin des épidémies, et Rappin, directeur du laboratoire bactériologique. M. Rappin analysa les eaux du service d'eau de l'Ecole et, pas plus dans celle qui servait au lavage que dans celle qui, filtrée par l'appareil Pasteur, était consommée dans les réfectoires, il ne trouva de germes typhiques. L'épidémie par l'eau était donc écartée. De son côté, le Dr Bertin conclut dans son rapport à une épidémie d'influenza à forme gastrique et non à une épidémie de fièvre typhoïde.

Université de Berlin. — M. le Dr Roblank, privat-docent à l'Université de Berlin, a été nommé médecin en chef de la clinique gynécologique de l'Université, en remplacement de M. le Pr Georges Winter appelé à Kœnigsberg.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Hydrothérapie dans les Etablissements hospitaliers municipaux et départementaux

Trop généralement, les médecins se désintéressent du fonctionnement du service hydrothérapique. Ils prescrivent des douches, indiquant quelquefois la nature et la durée des douches et c'est tout; mais beaucoup ne vont pas voir si l'installation des douches et des salles voisines est convenable. Le doucheur connaît-il son métier ? Se conforme-t-il aux indications qui ont pu être données? La salle où les malades se déshabillent et se rhabillent est-elle chauffée suffisamment? La salle des douches a-t-elle une température convenable ? Les alèzes qui servent à l'essuiement du malade sont-elles appropriées à leur usage ?

Tous ces détails, petits en apparence, ont leur importance au point de vue du résultat à obtenir : le soulagement ou la guérison des malades.

Nous avons essayé de dresser les infirmiers et les infirmières, dans les établissements où existent des écoles d'infirmiers et d'infirmières. Malheureusement, pour des raisons multiples, cet enseignement est insuffisant et il ne pourra devenir ce qu'il doit être que quand les chefs de service auront eux-mêmes le souci du fonctionnement hydrothérapique. Il n'y a pas à compter sur les directeurs, dont le rôle est purement administratif, et qui nomment, comme baigneurs et doucheurs, n'importe qui, sans se soucier s'ils ont oui ou non quelque connaissance de la manière dont les bains et les douches doivent être administrés.

Mais les questions de chauffage de fourniture de linge rentrent dans leurs attributions. C'est pourquoi nous appelons l'attention de M. Peyron et des directeurs des établissements hospitaliers sur les deux points que nous venons de signaler. Jamais la température du déshabilloir et de la salle de douches ne devrait desdendre *au minimum* au-dessous de 15°. Quant aux alèzes, elles étaient autrefois en *toile* assez épaisse pour bien essuyer le corps. On leur substitue maintenant — non pas des peignoirs-éponges — mais des alèzes en *coton*, qui sont absolument défectueuses, n'essuient pas, ne résistent pas. Si elles coûtent moins, il faut les remplacer plus souvent, d'où, en définitive, absence d'écomie vraie. Que MM. les directeurs des diverses assistances publiques de Paris et de la Seine se renseignent et, après enquête, nous ne doutons pas, connaissant leur souci du bien-être des malades, qu'ils ne donnent des instructions formelles pour faire disparaître à bref délai les défectuosités que nous venons d'indiquer sommairement. BOURNEVILLE.

Les Ambulances urbaines à Paris.

Nous avons signalé déjà à nos lecteurs qu'en juillet dernier le Conseil municipal de Paris avait résolu de mettre à l'épreuve notre projet d'*Avertisseurs d'Accidents* dans le quartier de l'hôpital Saint-Louis et de créer deux nouveaux postes d'*Ambulances* rapides, l'un dans l'ancien Hôtel-Dieu, l'autre au marché Saint-Honoré.

Voici l'extrait de la délibération correspondante, que nous n'avons pas encore publiée.

Le Conseil Municipal délibère et approuve :

ARTICLE PREMIER. — 1° L'édification d'une station d'ambulances urbaines et d'une station d'ambulances municipales contiguë à la première, dans le terrain de l'annexe de l'Hôtel-Dieu, conformément au plan proposé et dans les limites d'un crédit de 53.996 fr. ;

2° L'édification d'une station d'ambulances urbaines dans l'un des pavillons du marché Saint-Honoré, conformément au plan proposé et dans les limites d'un crédit de 27.300 fr. ;

3° Les frais d'aménagement de ces trois stations, soit 15.000 fr. ;

4° La construction de neuf voitures pour le service de ces postes et l'établissement de roues caoutchoutées sur les voitures d'ambulances, soit au total 41.000 fr. ;

5° L'établissement d'un réseau téléphonique spécial, par bornes-avertisseurs, dans le périmètre desservi par la station de l'hôpital Saint-Louis, et l'établissement de communications téléphoniques directes entre les stations d'ambulances existantes ou à créer et le poste central d'avertissement et de contrôle, dans les limites d'un crédit total de 86.000 fr.

ART. 2. — Les dépenses prévues à l'article précédent seront imputées :

1° Sur le crédit de 22.000 fr. mis à la disposition de l'administration par délibération du 15 avril 1896 pour la construction d'une station d'ambulances urbaines rue Domat, et inscrit au chapitre 54, § 37, article 2, du budget de l'exercice 1897 ;

2° Sur un crédit de 20.910 fr. à ouvrir au chapitre 40, § 37, article premier, du budget supplémentaire de l'exercice 1897, pour emploi du produit de la vente d'un titre de rente 3 0/0 amortissable sur l'Etat, de 615 fr., provenant de l'Œuvre des ambulances urbaines ;

3° Pour le surplus, soit 180.386 fr , sur le chapitre 23 ter, article R, du budget de l'exercice 1897, avec rattachement au chapitre 23 ter, article 3, dudit budget.

ART. 3. — M. le Préfet de la Seine est invité à entreprendre *cette année*, au poste d'ambulances urbaines de l'hôpital Saint-Louis, l'essai de service tel qu'il est proposé par la cinquième commission, d'après les travaux de la commission des ambulances urbaines et municipales...

Récapitulation.

Station de l'Hôtel-Dieu	53.996
Station du Marché Saint-Honoré.	27.300
Aménagement de ces stations.	15.000
Neuf voitures neuves.	41.000
Téléphone (installation d'un réseau d'avertisseurs).	86.000
Total.	223.296

L'article 3 est très net; c'est bien *cette année*, c'est-à-dire en 1897, que les travaux auraient dû au moins commencer. On ne peut donc pas ergoter sur cette délibération !

Au total, plus de 200.000 francs, que l'Administration avait à dépenser **en 1897**. Or, à ce que nous sachions, jusqu'à aujourd'hui 8 janvier 1898, pas un centime de ces 200.000 francs n'a encore été dépensé ! Voilà donc cinq mois de perdus encore, par la mauvaise volonté, et de la Direction des affaires municipales, et du chef du service technique, M. le Dr A.-J. Martin, qui ne veut pas entendre parler de notre projet, et fait tout ce qu'il peut pour en retarder l'exécution.

Du moment où ledit projet n'est pas sorti des Bureaux, par définition il ne vaut rien ; et on a bien le temps d'y songer ! Après avoir lutté de toutes ses forces à la Commission extra-municipale des Ambulances urbaines pour le faire avorter, l'Administration temporise aujourd'hui, ne pouvant plus reculer, mais

sachant bien que la force d'inertie est à la fois le plus terrible des moyens et l'arme préférée de tous ceux qui fuient les responsabilités ! Mais qu'y faire ? Insister sur les faits et les signaler à la presse politique, seule influente, est notre seul rôle, puisque les critiquer ne sert absolument à rien. Enregistrons et attendons avec confiance qu'un nouvel incendie, *énorme*, réveille l'attention d'un homme de courage à l'Hôtel-de-Ville et lui ouvre enfin les yeux sur ce qui se passe dans les bureaux.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 décembre 1897.

Traitement des fractures par le massage.

M. LABBÉ regarde le procédé de M. Championnière comme très bon dans les fractures périarticulaires. Mais il préfère les appareils immobilisateurs dans les fractures des diaphyses, facilement compliquées de pseudarthrose dans les fractures obliques du tibia.

M. CHAMPIONNIÈRE croit que les mouvements, en facilitant la nutrition de l'os, empêchent plutôt la pseudarthrose. Pourtant quand la déformation l'exige, il accepte les contre-indications formulées par M. Labbé.

Cicatrisation et reconstitution intégrale des cavités et conduits muqueux après une large ouverture.

MM. CORNIL et CARNOT ont fait de nombreuses expériences sur le chien et le lapin en vue d'étudier ce qui se passe lorsqu'on a incisé largement une cavité muqueuse en ayant soin de fixer les lèvres de la plaie de façon à maintenir cette cavité ouverte.

Ils ont opéré ainsi sur la vésicule biliaire, les cornes utérines et l'appendice iléo-cæcal.

Sur la vésicule biliaire en particulier après une quinzaine de jours la cavité est reconstituée, tapissée par une muqueuse. Un fait se dégage de ces expériences, c'est que les conduits ou réservoirs muqueux, lorsqu'ils sont ouverts largement et autant que possible maintenus étalés, ont une tendance pour ainsi dire invincible à se refermer et à reconstituer des cylindres creux ou des cavités. Dans ce processus, les parties cicatricielles présentent à l'intérieur des cavités muqueuses les cellules de revêtement et les glandes qui y existent à l'état normal.

Radiographie d'une main succulente.

L'épreuve obtenue par M. RENAULT (de Lyon), montre dans la main du syringomyélique la conservation des formes du squelette, et ce fait permet de différencier cette lésion du rhumatisme chronique. Il n'y a dans la syringomyélie qu'une transformation adipeuse intense des articulations.

Hystérotomie sphinctérienne.

M. DEFONTAINE montre les résultats de la section complete du sphincter utérin dans les métrites chroniques graves, les flexions utérines avec métrites. Cette section très bénigne doit être réservée aux cas rebelles, car elle rend ultérieurement toute grossesse impossible. Après guérison de la métrite, la restauration du sphincter pourrait au besoin être pratiquée.

Le goitre exophtalmique.

M. VIGOUROUX, dont les beaux travaux sur le traitement de la maladie de Basedow sont bien connus de nos lecteurs, montre que le facteur principal du syndrome basedowien est la dilatation des artères et, par suite, l'hypersécrétion de la glande thyroïde. Cette vaso-dilatation est le résultat d'une auto-intoxication d'origine intestinale survenue sous l'influence de l'arthritisme ou d'une maladie infectieuse. On connaissait déjà les relations du goitre exophtalmique avec les affections du foie et l'arthritisme. La genèse du myxœdème est analogue et ne diffère que par le mode de l'action exercée sur les artères.

Le traitement doit être : 1° général, avec une hygiène réglée sur des variations alternatives de la nutrition, décelées par l'analyse de l'urine ; 2° symptomatique, il consiste dans le procédé appelé faradisation carotidienne qui comporte la faradisation des artères du cou et la glande. Il est pratique avec succès à la Salpêtrière depuis vingt ans et a été l'objet de nombreuses publications en France et à l'étranger.

Les essais récents de traitement chirurgical ne sont donc pas motivés par l'impuissance reconnue de la thérapeutique.

A.-F. PLICQUE.

Séance du 4 janvier. — PRÉSIDENCE DE M. JACCOUD.

L'intérêt de la séance est avant tout dans le discours par lequel le Pr JACCOUD inaugure sa présidence pour 1898. Pourtant, cette séance de rentrée offre deux communications curieuses.

Transmission des excitations par les centres nerveux.

M. BENEDIKT (de Vienne) étudie ce mode de transmission qui se ferait par interruptions et sortes de secousses analogues aux secousses électriques. Les nerfs peuvent transmettre les excitations physiologiques dans les différents sens. Dans le cerveau, on ne sait pas dans quel sens les commissures transmettent les excitations ; d'autre part, les expériences prouvent que la conductibilité nerveuse périphérique peut se faire dans des sens différents. Les excitations pathologiques se propagent aussi dans tous les sens. Les consonances pathologiques sont plus compliquées que les consonances physiologiques. Les excitations pathologiques peuvent se transmettre suivant plusieurs modes différents : 1° Elles peuvent d'abord suivre la même voie que les excitations physiologiques ; 2° Dans les maladies du système nerveux, elles ont une tendance à la propagation inverse ; 3° Il n'y a pas seulement propagation par continuité, mais par contiguïté; c'est la propagation incohérente. Les dégénérescences secondaires ne suivent pas les corrélations physiologiques; les conclusions tirées de leur étude ne peuvent donc pas être étendues à la physiologie et à l'anatomie. Dans les maladies nerveuses, il est souvent difficile de faire la part des symptômes qu'on doit au foyer primaire et aux dégénérescences secondaires.

Parasitisme par le Gammarus pulex.

M. LABOULBÈNE rapporte un fait observé par M. DUBOIS (de Melun) : introduction dans l'estomac par l'eau de boisson du gammarus pulex (crevette d'eau douce). Les parasites déterminèrent des vomissements incoercibles qui entraînèrent leur expulsion.

Elections.

L'Académie se réunit ensuite en Comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. ROUX sur les titres des candidats à la place vacante dans la section des associés libres. Voici l'ordre de classement : 1re ligne : M. E. Périer (de l'Institut) ; 2e ligne : M. Paul Richer ; 3e ligne (ex æquo et par ordre alphabétique) : MM. Commenge, Corlieu, Galezowski, Galippe et Rivière.

M. Galezowski a été ajouté par l'Académie à la liste primitive de présentation et M. Rivière a été maintenu, bien qu'il eut envoyé une lettre de désistement momentané de candidature.

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 décembre 1897.—PRÉSIDENCE DE M. E. DELENS.

Gastro-entérostomie.

M. HARTMANN a fait une gastro-entérostomie pour hématémèse, due à une érosion de l'estomac. Le malade a succombé sans réaction, quelques jours après l'opération. En présence

d'une hématémèse stomacale qui d'ordinaire n'est pas mortelle, il est possible d'hésiter sur la décision à prendre. L'influence curatrice de la gastro-entéro-anastomose sur l'ulcère de l'estomac ne peut être niée. Dans les cas de dyspepsie, l'opération semble indiquée et a paru donner quelques heureux résultats. Quant aux procédés opératoires, il adopte la gastro-entérostomie antérieure. Il faut garder un bout jéjunal long, fixer l'estomac et l'intestin sur une assez grande longueur pour éviter un éperon, et suivant une direction oblique. Le bout afférent doit être à gauche et l'efférent à droite, sans se préoccuper de la prétendue torsion pour laquelle on a conseillé de nombreux procédés.

M. Routier, chez un homme de 46 ans, malade depuis quatre ans de gastralgie intolérable après l'introduction du moindre aliment, a eu l'occasion de faire une gastro-entérostomie. Il fit une gastro-entérostomie postérieure avec le bouton de Murphy et dès ce moment les vomissements ont cessé et les douleurs ont disparu. Il indique l'efficacité de la gastro-entérostomie dans les faits de vomissements sans lésion caractéristique.

M. Tuffier répond à ces deux communications.

Abcès du foie.

M. Richelot fait un rapport sur un mémoire adressé par M. Lafourcade (de Bayonne). Il s'agissait d'un malade atteint d'*abcès de la face convexe du foie*. M. Lafourcade fit une ponction dans un espace intercostal, ayant le choix entre la laparotomie transpleurale et la résection du bord inférieur du thorax. C'est ce dernier procédé qu'il employa et qui lui permit d'atteindre la face convexe du foie. Il sutura le foie à la paroi et ouvrit la grande cavité, sans atteindre le péritoine. Le malade succomba au vingtième jour après écoulement considérable de bile. Chez un second malade syphilitique, atteint d'influenza, croyait-on, on trouva un foie considérable et très remonté, ne dépassant pas le rebord des fausses côtes. Une ponction donna issue à du pus en abondance. Il choisit la laparotomie transpleurale, incisa le diaphragme et trouva le pus à la face convexe du foie. Le malade guérit rapidement. Il s'agissait ici d'un abcès à marche aiguë et à forme rapide. Chez le premier, l'abcès était tardif et n'était apparu que sept mois après la dysentérie. Souvent même, ils sont plus éloignés encore. De là leur marche lente et leur progression vers les bronches et aussi la stérilité déjà constatée du pus. La voie transpleurale est rationnelle dans les abcès du foie ; l'évacuation se fait directement et donne un bon drainage. Dans le premier cas, la mort fut due à une cholerrhagie et ne saurait être imputée à la résection du bord inférieur du thorax ; mais il faut savoir que le traumatisme par ce procédé est beaucoup plus grand et, par suite, plus dangereux.

Élection du Bureau.

Sont nommés pour 1898 : M. le Pr Berger, président ; M. le Dr Pozzi, vice-président ; MM. les Drs Reynier et Routier, secrétaires. M. B.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 22 Décembre 1897. — Présidence de M. Lucas-Championnière.

M. Galante présente la situation financière de la Société.

M. Camescasse fait une communication sur la *contamination des puits et sur leur construction.* — Les analyses bactériologiques et chimiques, faites à l'occasion des enquêtes préalables à la construction de puits communaux (eau pour l'usage de l'alimentation) dans l'arrondissement de Rambouillet, concluent régulièrement à la pollution des eaux. Comme la nappe est située à une profondeur de 25 à 50 mètres, il fallait chercher une cause à cette pollution. Le Conseil d'hygiène de l'arrondissement a cru trouver deux causes : 1° La proximité des purins, fumiers, etc., de la maçonnerie qui devient un conducteur direct ; 2° le fait que l'on puise l'eau dans ces puits avec des seaux salis un peu partout. L'auteur a observé la contamination directe d'une source à fleur de terre par une femme qui, n'ayant qu'un seau à sa disposition, s'en servait comme cuvette pour laver ses enfants atteints de fièvre typhoïde et allait ensuite le rincer dans ladite fontaine. Le Conseil d'hygiène de l'arrondissement de Rambouillet a en conséquence a ajouté à son avis habituel les clauses suivantes : 1° Les puits neufs seront munis de pompe ; 2° la commune acquerra le terrain situé dans un rayon de 5 mètres à partir de l'axe du puits. Ces conclusions sont appuyées sur les travaux récemment communiqués à l'Académie des Sciences par M. Duclaux ; à la Société de Biologie par M. G. Poujol.

A ce propos M. Camescasse proteste contre la tendance de M. Poujol à considérer comme indifférent le bacille coli.

M. Richard.— *La colonie ouvrière d'Ostheim, près Stuttgard.* — Une société a construit un certain nombre de maisons qui sont louées à des ouvriers. Ceux-ci peuvent en faire l'achat au prix de revient, 12.000 francs environ. Aujourd'hui il existe 250 maisons construites et occupées, en 6 ans. On s'inscrit longtemps à l'avance pour avoir un logement. Cette colonie ouvrière est installée d'une façon parfaite au point de vue de l'hygiène.

Elections. — La Société procède aux élections annuelles. M. Buisson est nommé président ; vice-président : MM. Bartaumieux, Dron, Lereboullet, Philbert. Martha.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. le Dr Noir.

II. — Bloc-notes diététique ; par le Dr E. Vogt. — C. Reinwald, édit., 1897.

II. — Le Dr E. Vogt a eu l'excellente idée de faire une édition française du *Bloc-notes diététique* qui est à la 7e édition en Allemagne. Tous les praticiens s'accordent à donner au régime une aussi grande importance qu'à la médication dans le traitement des maladies ; or il est difficile d'indiquer au cours d'une visite ou d'une consultation parfois hâtive un régime détaillé. Le *bloc-notes diététique* remédie à cette lacune, le régime de 17 genres de maladies diverses est exposé sommairement sur des feuillets pour être détachés et remis aux malades ou aux personnes de leur entourage.

Il nous est impossible de faire une analyse de ces notes qui ont cependant une grande utilité pratique, nous nous contenterons de reproduire un des régimes indiqués pour une maladie où l'alimentation joue un rôle très important : la *tuberculose pulmonaire*, par exemple :

Permis :

Potages : Jus de viande, thé de bœuf, bouillon, tous les potages reconstituants que l'estomac peut supporter.

Poissons de toutes espèces, huîtres fraîches, caviar, sardines à l'huile.

Viandes : Peptones, viande râpée, beefsteak cru, bœuf bouilli et rôti, mouton, veau, porc, rôtis de toutes sortes, volailles, gibier, œufs au jambon, jambon.

Graisses : Beurre, crème, lard, graisse d'oie, huile de foie de morue, huile de morue avec extrait de malt, peptonisée et mélangée à du lait, huile d'olives comme succédané de l'huile de morue, 1 quart de litre de lait bouilli avec deux cuillerées à soupe de saindoux.

Plus le point de fusion de la graisse est bas, et plus sa résorption sera assurée (huile de morue par exemple). La graisse est mieux supportée si le malade prend en même temps des alcooliques.

Œufs sous toutes les formes.

Pain et farineux : Pain blanc et bis, riz, gruau d'avoine.

Légumes : s'ils sont supportés par l'estomac, épinards, asperges, salades, cresson, tomates, champignons, fruits toujours avec modération.

Boissons : Eaux, eaux minérales, un quart de litre d'eau chaude une heure avant le repas, cognac, eau-de-vie vieille, lait, punch au lait, chocolat, lait de poule, vin, bière, crème, képhir et koumis.

(Pour favoriser l'hématose, il ne faudra pas chercher à obtenir une suralimentation ; le régime sera très varié, et l'on agira avec prudence, pour ne pas provoquer de troubles stomacaux. Il faut en conséquence éviter de donner des quanti-

tés exagérées de graisses et d'alcool, surtout le matin. Avant de se boucher et entre les repas, le malade boira une tasse de lait chaud, de crème, du punch au lait, de café, de l'infusion de blé torréfié, etc.).

Observations du médecin traitant (au sujet des indications spéciales au malade). . . . .

. . . .

Ces feuilles de régime ne portent pas le nom de la maladie qui est imprimé sur le talon du carnet à souche dont elles sont détachées.

III. — **Vade mecum de posologie et de thérapeutique infantiles appliquées**; par le Dr H. Dauchez. — Soc. d'Edit. scientifiques, 1898.

III. — Ce vade mecum est encore un opuscule d'une grande valeur pratique pour quiconque fait de la médecine infantile.

Avant de donner dans des tableaux très succincts les doses des principes actifs employés en thérapeutique infantile, M. Dauchez, dans une courte introduction, donne d'excellents conseils généraux qu'il réduit à cinq et qui méritent d'être reproduits :

1° D'une façon générale les *teintures dangereuses* ne seront prescrites au-dessous de trois ans qu'en cas de force majeure et à dose d'une goutte par année d'âge en 4, 5 ou 6 prises.

2° Les *sirops* seront donnés avec la même prudence : s'ils sont dangereux, à la dose d'un gramme par année révolue en plusieurs fois ; s'ils sont anodins, à la dose de 5 à 20 grammes.

3° Les *solutions toxiques* (liqueurs de Van Swieten, de Fowler) seront données à doses progressivement croissantes de deux en deux jours sans dépasser les limites de la tolérance, indiquées par les vomissements et la diarrhée, qui nécessiteront une décroissance progressive des doses jusqu'à une moyenne convenable. Le médicament sera suspendu 15 jours sur 30 jours.

4° Les *alcaloïdes dangereux* (aconitine, strychnine, digitaline) seront *rigoureusement évités*

5° Enfin chez les *enfants indociles* les frictions, les badigeonnages, les fumigations suppléeront à la médication interne.

IV. — **Cure marine de la phtisie pulmonaire**; par F. Lalesque. — Masson et Cie, éditeurs, 1897.

IV. — M. Lalesque fait dans cet ouvrage une étude comparée des divers climats de nos côtes, appliqués à la prophylaxie et à la cure de la tuberculose pulmonaire. Il considère le climat atlantique comme le véritable climat marin et étudie de préférence la côte landaise. La chaleur, l'humidité, les vents, la pression atmosphérique, les carctères chimiques de l'atmosphère (ozone, chlorure, substances bromo-iodées) font l'objet de considérations basées sur de très sérieuses observations météorologiques. Des expériences personnelles ont permis à M. Lalesque d'établir que la pureté de l'atmosphère, très satisfaisante sur la plage atlantique, l'est encore plus dans la forêt littorale à Arcachon. Il conclut de cette étude climatologique que la côte méditerranéenne jouit d'un climat variable et dur comme les climats continentaux, tandis que la côte atlantique seule possède les deux qualités du climat marin : courants d'eau à température constante et vents réguliers venant du large.

A ces considérations physiques, l'auteur ajoute des remarques physiologiques et thérapiques. Le climat marin a une action sédative et tonique qui diffère de l'action excitante et aussi tonique de certains climats continentaux. On a tort de confondre l'action sédative avec l'action débilitante. La phtisiothérapie marine a été fort discutée. M. Lalesque la défend avec succès, opposant des faits aux objections de ses détracteurs. Il cite soixante-huit observations pour démontrer l'efficacité de la cure marine et forestière comme prophylaxie de la tuberculose et appuie son opinion des avis de savants autorisés, tels que J. Renaut (de Lyon), J. Comby et Jaccoud. L'action curative du climat marin ne le cède en rien à sa valeur prophylactique, les malades que M. Lalesque a observés scrupuleusement à diverses périodes de la tuberculose se comptent par centaines et l'autorisent à affirmer que la mer vaut la montagne. Il ne considère comme contre-indication à la cure marine que les lésions trop étendues des deuxième et troisième périodes de la phtisie, la forme torpide de la tuberculose en exceptant la forme scrufuleuse, la phtisie granulique, la phtisie laryngée finale. Toutes les autres formes de phtisie, c'est-à-dire les plus fréquentes, bénéficient de la cure marine.

La lecture de ce traité de climatothérapie; qui repose sur des travaux très sérieux et des observations très nombreuses, entraîne la conviction. Du reste, M. Lalesque a récemment reçu une récompense de l'Académie de Médecine, qui prouve combien ses études sur le traitement de la tuberculose méritent d'être appréciées.

REVUE D'HYGIÈNE

Rédacteur spécial: M. le Dr Martha.

I. — **De l'Habitation dans le département de l'Oise; son hygiène**; par G. Baudran. — Firmin-Didot, Paris, 1897.

I. — En publiant son livre sur l'*habitation dans le département de l'Oise*, M. Baudran mérite un double éloge : d'abord il a donné un grand nombre de renseignements sur ce département, relatifs à l'hygiène, que seul un habitant du pays peut fournir avec facilité. En second lieu il ouvre la voie à des publications analogues que d'autres pourront faire sur leurs départements. On aurait ainsi une très importante étude sur l'habitation en France, d'autant plus instructive et précise qu'elle serait faite par des personnes ayant vécu plus ou moins longtemps dans la contrée.

L'auteur étudie la géologie générale, la démographie, la construction, matériaux, etc., dans les différents cantons du département : on voit par ces recherches qu'on peut établir des types tranchés en se reportant aux anciennes provinces qui ont formé le département ; on trouve la maison normande-picarde, la maison picarde, etc. C'est ainsi que les anciennes divisions ont laissé des traces profondes qu'un siècle n'a pu encore effacer. L'agriculture, l'industrie, les mœurs, le caractère, le langage sont passés en revue et étudiés avec soin par l'auteur.

Le paysan a fort peu souci de sa demeure, au sein de laquelle il se plait pour ainsi dire à accumuler toutes les causes d'altération de sa santé, humidité continuelle, encombrement, exhalaisons malsaines. Le fumier est précieusement gardé devant la maison, les urines des étables ne sont jamais complètement évacuées ; elles pénètrent dans le sol et le saturent de débris de toute nature.

Dans certaines communes le plus grand obstacle à l'hygiène est l'alimentation en eau potable. Le plus souvent les puits sont profonds, contaminés, ils sont remplacés par des mares alimentées par des eaux de pluie, l'urine des étables, etc. Un grand nombre de plans, de tableaux, de photographies accompagnent ce livre qu'on lira avec grand intérêt, non sans regretter que le paysan n'ait pas su encore profiter, même dans une faible mesure, des nouvelles conquêtes de l'hygiène : il construit, il vit comme il y a un siècle; ce qu'il a vu faire il le suit et le transmet à ses descendants.

II. — **Annales d'hygiène publique et de médecine légale.** Baillière et fils, 1897.

II. — Dans les trois premiers numéros de l'année 1897 de cette revue, on trouvera des mémoires originaux sur différentes questions d'hygiène ou de médecine légale; nous ne pouvons donner ici que les titres des mémoires principaux tels que: Contribution à l'étude des eaux potables par Pouchet et Bonjean, les secours du champ de bataille par Coustan, l'étiologie de la fièvre jaune d'après les travaux les plus récents par Thoinot, les navires-hôpitaux dans les expéditions coloniales par Durat, les habitations à bon marché au Congrès de Bruxelles par Du Mesnil, etc.

LES INFIRMIÈRES DÉCORÉES

Mademoiselle BOTTARD.



Mlle BOTTARD.

Quand le 2 janvier, j'allai porter un bouquet de violettes, et donner l'accolade à Mlle Bottard : « Je suis bien heureuse, me dit-elle ; je n'ai qu'un regret : c'est que M. Charcot ne soit plus là, vous avez tous été si bons pour moi. » Elle s'oubliait elle-même comme toujours ; c'était « les autres » qui avaient été bons pour elle et sa joie était faite de regrets, en pensant au Maître, qu'elle avait si longtemps et si fidèlement servi.

Je connais Mlle Bottard depuis près de quinze ans. Attaché à divers titres à M. Charcot, à son successeur, M. le Pr Raymond, j'ai pu apprécier ce caractère d'élite et je suis heureux de l'occasion qui m'est offerte de dire ce qu'est « maman Bottard », comme nous l'appelons à la Salpêtrière, ce qu'a été sa vie dans ce grand asile de la misère humaine, où elle ne compte que des amis et des admirateurs.

Mlle BOTTARD a 76 ans, d'après son extrait de naissance ; mais elle est restée jeune et affable sous le petit bonnet noir qui couvre ses bandeaux blancs. Toute sa personne respire la bonté compatissante, vertu qu'il lui a été donné de mettre largement en pratique depuis cinquante-sept ans qu'elle vit au milieu des malheureux. C'est, en effet, le 12 janvier 1841, que Marguerite Bottard, à peine âgée de 19 ans, entrait à la Salpêtrière comme infirmière. Attachée successivement au service de Trélat père, de Falret et de Legrand du Saulle, elle prenait enfin, il y a près de quarante ans, la direction du service de M. Charcot, qu'elle ne devait plus quitter. Service peu commode à diriger, peuplé d'épileptiques, d'hystériques, de malheureuses pour la plupart incurables. Pour toutes ces déshéritées, Mlle Bottard n'eut jamais que des paroles d'affection. Recluse volontaire, elle leur consacra tous ses instants, toute sa vie, restant parfois trois années consécutives sans franchir les portes de l'hospice, s'oubliant tout entière pour ne songer qu'à son devoir d'affectueux dévouement.

Quand fut fondée la Clinique des maladies du système nerveux, il lui vint un surcroît de besogne. La renommée grandissante de Charcot attirait les consultants par centaines ; les élèves affluaient de toutes parts, jaloux de recueillir la parole du maître. Elle veilla à tout, la première levée, la dernière au repos. La direction d'un tel service n'allait pas sans difficultés, Mlle Bottard savait les aplanir ; son influence bienfaisante se faisait partout sentir, même au cours des petites rivalités qui éclataient parfois entre les élèves. A l'occasion, elle pénétrait dans le cabinet de M. Charcot et un mot d'elle écartait les nuages, éloignait l'orage qui menaçait d'éclater. Et le tout sans bruit, simplement, avec cette dignité qui est le propre de cette nature faite du respect de soi-même et des autres et d'un fonds d'abnégation, d'inaltérable et sereine bonté.

C'est ainsi qu'elle se concilia l'affection et le respect de tous, l'estime de son illustre chef. On le vit bien le 12 janvier 1891. A cette date M. Peyron, réunissant dans une véritable fête de famille le personnel du grand hospice, remettait à Mlle Bottard une médaille d'honneur pour fêter le cinquantenaire de son entrée à la Salpêtrière. Le ministre y ajoutait les palmes académiques. Et je me souviens encore de l'émotion qui s'empara de l'humble surveillante, lorsque M. Charcot s'avançant vers elle lui dit : « Sans autre stimulant que le sentiment impérieux du devoir et de la dignité professionnelle, aiguisés il est vrai chez vous par une sympathie profonde pour les déshérités, les incurables, les difformes au physique comme au moral, les malheureux de tout genre en un mot, n'avez-vous pas pendant plus de 50 ans, sans bruit, modestement, sans visées autres que la satisfaction de votre conscience, sans autre soutien que votre cœur ardent pour le bien, n'avez-vous pas, dis-je, mené cette vie d'abnégation et de sacrifice que commandait le poste d'honneur qui vous était confié ?

« Ah ! je sais bien ce que vous voudriez nous dire en ce moment ; je vous entends. Tout cela vous a paru bien simple et bien naturel à accomplir ; vous restez confuse de tant d'éloges, de tant de solennité ; vous n'y comprenez rien, vous ne croyez pas avoir tant mérité ; bien d'autres choses encore.

« Entre nous, taisez-vous ; laissez-nous parler et faire. Vous êtes trop modeste pour être bon juge en la matière. Oui, certainement cela est simple, sans aucun doute. Mais, sachez-le bien, cela n'en est que plus grand et plus beau et c'est pourquoi nous venons aujourd'hui, quoi que vous en puissiez dire, vous offrir le tribut de notre gratitude.

« Oui, au nom des médecins de cet hospice, que vous avez si intelligemment, si généreusement secondés dans l'accomplissement de leur tâche, au nom des malades innombrables dont vous avez adouci la peine, que vous avez aimés, consolés même et plus d'une fois, qui ne le sait ? sans autre mission que celle que vous confère l'amour de l'humanité, ramenés dans le bon chemin, au nom d'eux tous je vous remercie. »

Un ministre hautement éclairé, M. Barthou, compatissant aux humbles, vient d'exaucer le vœu qu'avait souvent formulé M. Charcot, en accordant la croix d'honneur à cette servante des malheureux, en couronnant par la plus haute distinction cette vie si belle et si bien remplie. Cet acte de justice longtemps attendu lui a conquis tous les cœurs ; la Salpêtrière tout entière lui exprime ses sentiments de reconnaissance et fête le ruban rouge de Mlle Marguerite Bottard.

GILLES DE LA TOURETTE.

BIBLIOGRAPHIE

Sur l'Endocardite : son anatomie pathologique et son étiologie ; par Francis HARBITZ. — Kristiania, Steenske Bogtrvkkri, 1897.

L'auteur passe d'abord en revue en assez grand détail les phases successives de l'histoire de l'endocardite. Il signale d'abord le travail fondamental dans lequel Bouillaud établit la définition de l'endocardite comme conception clinique, et en fixa les différentes images pathologico-anatomiques.

Hj. Heiberg et Winge, à Christiania, furent les premiers (en 1869) à établir la présence de microbes dans les excroissances valvulaires, et à affirmer d'une façon claire et précise l'invasion des microbes par des lésions externes. Par ces observations et par plusieurs autres que Hj. Heiberg publia en 1871 et 1873, la nature infectieuse de l'endocardite fut mise hors de discussion et par là aussi, on peut le dire, toute la théorie pyémique se trouva fondée.

L'auteur montre ensuite comme quoi, après avoir découvert les différents microbes spécifiques, on ne tarda pas à trouver en eux la cause des endocardites infectieuses. Dans les chapi-

tres suivants, il décrit la méthode appliquée et insiste sur ce fait que les préparations sur la lamelle des excroissances valvulaires du cœur sont un élément important de ces recherches, et qu'il convient toujours de les soumettre à un examen histologique minutieux avant de pouvoir interpréter d'une façon sûre le processus endocarditique, en comparant son image pathologico-anatomique avec l'histoire de la maladie. Il fonde sa classification sur des principes étiologiques, d'accord en cela avec la division proposée par Hanot et plusieurs autres auteurs. Il partage les endocardites en deux classes principales : a) endocardites infectieuses; b) endocardites non infectieuses, comprenant aussi celles dont la nature infectieuse n'est pas encore prouvée.

Dans la première classe, il range les endocardites à streptocoques, à pneumocoques, à staphylocoques et à gonocoques. Il admet l'existence de l'endocardite avec bacille typhique comme bien prouvée, quoique rare. En revanche, il ne trouve pas qu'on ait produit des preuves suffisantes quant à l'existence d'une endocardite avec bacille de la tuberculose. Il signale aussi plusieurs autres groupes.

Dans la seconde classe, il place les endocardites rhumatismales, ainsi que les nombreuses végétations endocarditiques qui accompagnent la tuberculose, le cancer, le *morbus Brightii*, etc., etc.

Après cela, l'auteur publie sa casuistique, qui comprend au total 54 cas, dont 39 rentrent dans la première classe ; sur ce nombre, il y 17 endocardites à streptocoques, 5 à pneumocoques, 7 à staphylocoques et 2 à gonocoques ; 2 autres sont dues, l'une à un microcoque inconnu, et l'autre à un bacille inconnu, enfin 6 sont des endocardites infectieuses antérieures, et suivies de guérison, après avoir accompli toute leur évolution ; 15 cas appartenaient à la deuxième classe, dont 5 endocardites aiguës de fraîche date avec rhumatisme, 7 endocardites aiguës avec tuberculose et 3 cas avec bactéries accidentelles. L'auteur passe sous silence sans les décrire spécialement environ 30 cas avec excroissances verruqueuses des valvules et connexes de cancer, de *morbus Brightii*, de tuberculose, etc.

Ayant ainsi fait un examen approfondi des endocardites infectieuses, l'auteur trouve qu'il convient, tant au point de vue pathologico-anatomique qu'au point de vue clinique et étiologique, de distinguer deux grands groupes d'endocardites infectieuses. L'un comprend des endocardites qui sont fréquemment accompagnées d'excroissances considérables, recouvrent une assez grande surface et sont composées en partie de masse hyaline thromboïde blanche, et en partie de tissu conjonctif organisé, formant des ramifications rayonnantes au sein des excroissances; par contre il est rare de rencontrer ici des infiltrations à cellules rondes, et il n'y a pas de zones nécrotiques délimitées autour des amas bactériens. Les bactéries se trouvent en général et essentiellement vers le bord des masses thromboïdes signalées plus haut et on peut les suivre à l'intérieur des excroissances sous forme d'amas de dégénérescence plus ou moins prononcée, où par les méthodes habituelles de coloration, on ne réussit plus à distinguer les bactéries les unes des autres. L'image pathologico-anatomique tend à indiquer l'existence de processus productifs et organisatoires, et non celle de processus destructifs et ulcératoires. Dans les résultats d'autopsie on a du reste constaté l'existence de nombreux infarctus, ceux-ci toutefois « pâles » et exempts de suppuration; nulle part non plus on n'a trouvé de foyers suppuratifs avec métastases. Ces endocardites ont été dans la plupart des cas causées par des streptocoques (et pneumocoques); les bactéries se présentaient le plus souvent en masse.

En général, on ne trouvait pas atrium par où leur invasion se fût produite. Ces endocardites présentent également certaines particularités au point de vue clinique : leur début est souvent insidieux et leur évolution lente : elle prend jusqu'à six mois ou même un à deux ans, à partir du commencement des symptômes; beaucoup de cas débutaient par une embolie cérébrale. Dans un certain nombre de cas, il y avait une fièvre lente d'un type indéterminé, et parfois les articulations présentaient de forts symptômes de nature à produire une image morbide tout à fait analogue au rhumatisme aigu. Certains cas se manifestaient par des symptômes violents intéressant les reins (si bien que la diagnose clinique concluait parfois à la présence d'une néphrite hémorragique) c'est-à-dire par des affections auxquelles on ne pouvait attribuer un caractère consécutif et secondaire, fondé sur des anomalies mécaniques aux appareils valvulaires du cœur, mais qui suivant la conviction de l'auteur, devaient être qualifiées de néphrites infectieuses et toxiques, résultant de l'endocardite infectieuse.

L'auteur signale plusieurs cas de ce genre, avec examen histologique complet des reins; dans ce cas, l'examen bactériologique des reins fournit un résultat négatif.

Comme supplément à ce groupe, l'auteur décrit six endocardites infectieuses guéries spontanément, avec modifications considérables des appareils valvulaires, de fortes excroissances sur l'endocarde, aux parois des oreillettes et des ventricules, ainsi qu'avec des cavernes aneurismatiques dans les parois, etc., mais dans ces cas, les cultures de bactéries restaient stériles, et l'on ne pouvait, dans les coupes, distinguer de bactéries isolées, mais uniquement des amas indistincts et à demi dégénérés au bord des excroissances. A en juger par l'apparence de ces processus endocarditiques et par leurs nombreuses ressemblances avec ceux déjà décrits, l'auteur considère comme probable que ces endocardites sont, elles aussi, dues à des streptocoques, sans naturellement pouvoir l'affirmer d'une façon absolue.

Il croit avoir prouvé ainsi la curabilité de l'endocardite infectieuse. Dans plusieurs des cas, il y avait aussi néphrite infectieuse et toxique, remontant à l'endocardite infectieuse et continuant son évolution, alors même que l'endocardite a perdu son caractère infectieux.

Un second groupe principal d'endocardites infectieuses est constitué par les cas où l'endocardite ne forme qu'une partie d'une pyémie d'ordre général : ces cas correspondent donc à l'image classique de l'endocardite maligne. Ces endocardites se manifestent souvent par des affections ulcéreuses des valvules, et ici, on rencontre fréquemment une zone nécrotique entourant les amas bactériens, et une infiltration à cellules rondes.

En même temps des foyers suppuratifs multiples apparaissent çà et là dans l'organisme, et les infarctus qu'on rencontre sont le plus souvent infectés. Ces endocardites sont dues le plus souvent à des staphylocoques et des lésions externes servent d'atrium à leur invasion. L'évolution de la maladie est rapide. Dans deux cas d'endocardite infectieuse datant d'environ six mois, on trouva dans les coupes et préparations faites sur les excroissances valvulaires des microcoques se décolorant par la méthode de Gram, rappelant les gonocoques par leur forme et ne reproduisant pas par culture. On ne trouvait cependant pas aux parties génitales, d'affection gonorrhéique récente à laquelle on pût les attribuer : l'auteur ne peut donc prétendre à coup sûr que ç'ait été des gonocoques, mais il le considère comme probable. En outre, on reconnut dans un cas une espèce microbienne spéciale et dans un autre, un bacille se décolorant par la méthode de Gram et ressemblant fort au bacterium coli commun : pourtant il ne se reproduisait pas par culture.

L'auteur pense qu'en procédant à un examen approfondi, on trouvera bien plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'ici, que les excroissances endocarditiques sont dues à des microbes spécifiques.

Subséquemment l'auteur décrit l'endocardite rhumatismale, se manifestant par de petites végétations verruqueuses, apparaissant de préférence à quelques millimètres du bord libre de plusieurs des valvules, en restant strictement circonscrite à ces dernières localisations. Quand elles sont de fraîche date, on reconnaît que les excroissances (l'auteur dispose de quatre cas ayant eu une durée d'un mois environ) sont constituées par de la substance thromboïde hyaline, et pour une assez faible proportion par du tissu conjonctif proliférant emprunté à la nature de la valvule. On ne peut apercevoir de bactéries ni dans les coupes, ni dans les préparations à la lamelle, ni dans les cultures. Toutefois on peut constater dans deux cas une production parcimonieuse de staphylocoques blancs.

L'auteur rapporte aussi que dans les exsudats articulaires

du rhumatisme aigu, il a une fois ou deux obtenu le staphylococcus albus en culture pure.

L'auteur passe à l'étiologie générale du rhumatisme aigu. Il arrive à conclure que l'on ne doit jusqu'à nouvel ordre attacher aucune importance spéciale aux microorganismes décrits (spécialement par Leyden) comme étant des microbes spécifiques; il est plutôt porté à croire que le rhumatisme aigu doit être considéré, non pas comme une maladie spécifique, mais comme la résultante des actions de différents microbes pyogènes à virulence atténuée : c'est là l'opinion défendue par Sahli, Sacazes et plusieurs autres auteurs. A l'appui de cette thèse, il cite plusieurs cas de fièvre et de tumeurs articulaires (dans un cas il y avait l'image complète d'un rhumatisme aigu) connexes de suppurations locales, de panaris, etc.

A l'égard de l'endocardite rhumatismale il admet que celle-ci est due, elle aussi, aux mêmes microbes atténués, soit par leur action directe sur l'endocarde des valvules, ou indirectement par les produits excrétés par les microbes et lancés dans le torrent de la circulation, il y a lieu d'admettre qu'une nécrose superficielle primaire du tégument endothélien des valvules peut suffire à provoquer d'une part des dépôts thromboïdes empruntés au sang et d'autre part une prolifération du parenchyme des valvules.

Ce qui semble militer en faveur de cette attribution à des actions chimiques intérieures, c'est la stricte localisation des excroissances aux bords des valvules.

L'auteur admet l'existence d'une pathogénèse analogue (par nécrose superficielle de l'endothélium) pour les petites excroissances verruqueuses qui accompagnent la tuberculose, le cancer, le morbus Brightii, certaines affections valvulaires invétérées, etc., et où l'examen bactériologique donne un résultat négatif.

On voit sans peine qu'il doit y avoir là, par exemple, dans le morbus Brightii, quelque chose d'anormal dans la composition chimique du sang.

L'auteur n'a pu trouver ni tubercules ni bacilles de la tuberculose dans les excroissances connexes d'affections tuberculeuses, qu'il a eu l'occasion d'étudier; en revanche, dans les essais d'inoculation des excroissances sur les cobayes, il obtint dans un cas un résultat positif; mais comme il y avait là une tuberculose s'étendant aux différents organes, l'auteur explique le résultat observé par une implantation sur les excroissances de bacilles tuberculeux venant du sang.

L'auteur a procédé à un grand nombre d'essais sur des animaux; dans plusieurs cas (5 en tout), il a par injection intravasculaire de différentes bactéries provoqué des endocardites et des endartérites infectieuses. Par contre, en injectant des cultures bactériennes stérilisées, il n'a pas réussi à provoquer d'altérations physiologiques des valvules.

VARIA

L'épidémie de fièvre typhoïde à Castres.

Le Ministre de la Guerre, à la suite d'une visite de M. Dujardin-Beaumetz, venu à Castres à cause de l'épidémie de fièvre typhoïde qui frappe la population civile et la brigade d'artillerie de Castres, vient de consigner aux troupes tous les établissements publics de la ville, hôtels, restaurants, cafés, débits, etc. Les médecins militaires attribuent les causes d'épidémie à l'eau des fontaines publiques qui serait contaminée. La population tout entière proteste. Dans les quartiers ouvriers on boit beaucoup d'eau, et il n'y a pas de cas depuis le commencement de l'épidémie. Les 3e et 9e d'artillerie ont perdu 45 hommes sur 1.800, alors que l'on n'a constaté que 20 morts parmi les civils sur une population de 20.000 habitants agglomérés. La mesure de rigueur prise par le Ministre de la guerre a profondément surpris la population castraise. Des réunions de commerçants s'organisent pour protester. Le Conseil municipal a été convoqué d'urgence. L'eau de Castres, analysée à plusieurs reprises, a été toujours reconnue bonne. Les médecins-majors disent aujourd'hui qu'elle est contaminée; mais ils ne le prouvent pas. La ville de Castres a déjà fait de lourds sacrifices pour sa brigade d'artillerie. Elle est prête à en faire encore et à réaliser tous les travaux de canalisation et de captage d'eau, s'il est prouvé que l'eau des fontaines actuelles est mauvaise. Le bruit court que le Conseil municipal va demander la nomination d'une commission composée des sommités savantes, étrangères au monde militaire, pour lui demander l'analyse bactériologique et chimique de l'eau de Castres.

Concours « Weber-Parkes 1900 ».

Prix et médailles.

Le *prix* est une somme d'environ 3.925 francs. Deux médailles seront données : la première au gagnant du prix, l'autre à l'auteur de l'essai qui sera classé second. Le sujet choisi pour le prochain concours de 1900 est l'*étiologie de la tuberculose humaine* et l'aide que la connaissance de l'étiologie peut rendre dans le traitement préventif ». Le mémoire doit être basé sur un travail original et des observations expérimentales ou autres de l'auteur et doit comprendre une exposition détaillée des méthodes employées et leur manière d'être appliquées.

Tous les mémoires doivent être envoyés au bureau du Collège pendant la dernière semaine de mai 1900. Pour plus amples renseignements s'adresser à M. Edward LIVEVRIG. Registrar, Royal College of Physicians. London. S. W.

Les Antécédents du Congrès de Moscou.

Il semble qu'on ait oublié de s'occuper du cas de M. le Pr Erismann. On nous permettra de reproduire un article de la *N. Fr. Pr.* relatif à cette *démission d'un professeur suisse de la Faculté de Moscou.*

On a écrit de Moscou à ce journal : « La destitution de M. le Pr Erismann de ses fonctions de professeur à cette Université a produit alors une très grande sensation. Elle a été en relation avec un mouvement des étudiants, parmi lesquels ce maître s'est montré trop ami des jeunes auditeurs, tout en se conduisant cependant d'une façon absolue, correcte. Les étudiants avaient exprimé à plusieurs reprises certains désirs concernant la question des frais d'instruction et de la présence aux cours; mais leur demande n'avait pas été prise en considération. Leur mécontentement se manifesta lorsque M. le Pr Sacharjine donna un demi-million pour les écoles ecclésiastiques (*Popenschulen*), placées sous la haute surveillance du Synode. Dans le monde libéral, la Russie ne fut pas très satisfaite de cette manifestation cléricale; aussi les élèves montrèrent-ils une certaine indignation contre le Pr Sacharjine et son assistant M. Popoff. On cessa de fréquenter leurs cours, en même temps qu'ils insistaient sur leurs demandes ci-dessus mentionnées. M. Erismann et plusieurs autres professeurs recommandèrent le calme, en demandant aux étudiants un rapport préliminaire, afin de pouvoir leur faire obtenir gain de cause. Les élèves se calmèrent; mais bientôt, victime d'une enquête ultérieure, M. Erismann était sacrifié. On prit en mauvaise part l'intérêt qu'il portait aux étudiants et plus encore son antagonisme bien connu avec M. le Pr Sacharjine; on l'a prié purement et simplement de donner sa démission. M. Erismann était l'un des meilleurs maîtres de la Faculté de Médecine de Moscou; il est suisse et a joué à plusieurs reprises un grand rôle dans les Congrès étrangers. Dans la société moscovite, il était très aimé depuis qu'il avait épousé une russe, la première qui ait obtenu en Suisse le diplôme de docteur. M. le Pr Erismann a quitté la Russie et est retourné en Suisse.

Concours pour quatre places d'interne à la Maison départementale de Nanterre.

Le jury était composé de MM. Rémy, chirurgien de la maison; Sapelier et Laugier, médecins de la maison; Brousse et Levraud, conseillers généraux. Le jury était présidé par le directeur de la maison, dont la présence ne s'explique guère dans un semblable concours. 26 concurrents s'étaient fait inscrire.

La première épreuve consistait en l'examen d'un malade de chirurgie (10 minutes) et l'exposé du diagnostic, du pronostic et du traitement (10 minutes). La seconde épreuve en tout semblable, mais portant sur un malade de médecine, terminait les épreuves d'admissibilité. Contrairement aux termes formels de l'affiche officielle portant que le nombre des admissibles serait double de celui des places vacantes, c'est-à-dire 8, 14 candidats ont été déclarés admissibles. En procédant ainsi, le jury pensait obtenir du Conseil général la nomination de 4 internes provisoires à poste fixe. M. Paul Brousse a en conséquence demandé au Conseil général, dans sa séance du 22 décembre, de créer à la maison de Nanterre quatre fonctions

d'internes provisoires, deux pour le service de chirurgie, un pour chacun des services de médecine et un interne titulaire en pharmacie. Les quatre internes provisoires sont attachés à l'établissement et recevront un traitement de 1.000 francs par an chacun.

Cette proposition motivée par ce fait qu'il n'y a actuellement que deux internes dans le service de chirurgie et d'accouchements et un interne pour chacun des deux services de médecine, appuyée par le Préfet de Police et par notre ami M. Lampué, rapporteur, a été adoptée par le Conseil.

Les autres épreuves ont consisté : 1° en une épreuve orale d'obstétrique, à traiter après cinq minutes de réflexion ; la question tirée fut : *Des conditions indispensables à l'application du forceps ;* maximum 30 points ; 2° en une épreuve de thérapeutique : une ordonnance de thérapeutique infantile (broncho-pneumonie des enfants), et une ordonnance de thérapeutique sénile (hémorragie cérébrale chez le vieillard). Cinq minutes furent accordées pour la rédaction de ces deux ordonnances que chacun fut ensuite appelé à lire. Maximum 10 points pour chaque ordonnance. Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Fachatto, Cury, Wéllard et Hanot, internes titulaires ; internes provisoires, MM. Bouvet, Petit, Wildenstein et Michel.

De l'organisation du Service des Accouchements dans les Bureaux de Bienfaisance de Paris

Rapport présenté au nom d'une Commission composée de MM. Billon, Bimsenstein, Dufournier, Gibert, Sébillotte ; *par* M. Rueff, *rapporteur.*

La Société médicale des Bureaux de Bienfaisance a toujours eu le plus grand souci de l'amélioration du service des accouchements à domicile. Il suffit pour s'en convaincre de parcourir les bulletins de ces dernières années. Des incidents récents auxquels elle n'était cependant pas directement intéressée l'ont engagée à faire une nouvelle tentative pour améliorer ce service et c'est dans ce but que, dans la séance du 10 novembre dernier, elle a nommé une commission destinée à lui en signaler les lacunes et les remèdes qu'on pourrait y apporter. Alors que les services hospitaliers d'accouchement présentent, tant au point de vue du personnel que de l'aménagement des locaux, une installation qui leur permet d'obtenir une antisepsie exacte et minutieuse et, par conséquent, le maximum de sécurité pour les accouchées, le service des accouchements à domicile continue à fonctionner comme si l'antisepsie n'existait pas. Cet abandon s'explique d'autant moins que le nombre des accouchements pratiqués à domicile est très considérable si l'on en juge par les annuaires statistiques de la ville de Paris. Nous en donnons ci-contre les chiffres, pour les dernières années, ainsi que le nombre des décès et des transports à l'hôpital auxquels ils ont donné lieu :

Années.	Inscriptions.	Décès.	Transports à l'hôpital.
1890.	14 004	6	16
1891.	15.248	11	25
1892.	15.207	10	25
1893.	14.976	3	58
1894.	15 566	2	60
1895.	14.668	2	56
1896	15 896	2	140

Il est incontestable que si l'on s'en tenait à cette statistique le service des accouchements à domicile donnerait d'excellents résultats et ne comporterait aucun changement, car un nombre de décès infime nous incombe. Mais il faut reconnaître que la plupart des malades infectées ou gravement atteintes nous échappent sous la rubrique de transport à l'hôpital et vont grossir la mortalité des hôpitaux. Il est, d'autre part, impossible de signaler tous les accidents de la génitalité tels que métrites, salpingites, ovarites, pelvi-péritonites ou pelvi-cellulites, qui résultent de soins défectueux et que nous croyons pouvoir éviter dans une certaine mesure. C'est dans ce but que nous vous proposons quelques mesures qui, sans obérer le budget municipal, sans modifier l'organisation actuelle du service médical, nous semblent appelées à rendre de grands services aux femmes enceintes de la classe nécessiteuse. Les points sur lesquels nous désirons attirer votre attention concernent : 1° La conduite à tenir avant l'accouchement ; 2° La conduite à tenir pendant l'accouchement.

Conduite à tenir avant l'accouchement. — Vers le septième mois de la grossesse les primipares, un peu plus tard les multipares, ayant déjà accouché normalement une première fois, pourront se rendre à la Maison de Secours pour y être examinées par le médecin de la consultation qui consacrerait une ou deux séances par mois à l'examen des femmes enceintes de sa circonscription. Il consignera le résultat de ses observations sur une fiche mise sous enveloppe. Cette enveloppe sera remise, par la malade, à la sage-femme qui doit l'assister. Cet examen préalable permettra de déterminer s'il y a un empêchement à l'accouchement normal du fait des parties molles des voies génitales (malformations, productions pathologiques telles que kystes de la vulve, du vagin, voire même varices vulvaires trop considérables), ou bien du fait de l'utérus (gros fibromes), ou bien du fait des parties osseuses (rétrécissements annelés ou canaliculés, bassins cyphotiques, etc.). On se rendrait compte de l'état de vie ou de mort du fœtus, de l'existence de grossesses gémellaires. Cet examen permettrait aussi de constater des états généraux tels que tuberculose, affection cardiaque, albuminurie, diabète, dans lesquels il pourrait y avoir utilité à pratiquer un accouchement prématuré. En présence d'une de ces anomalies et suivant leur importance, le médecin conseillera à la femme, s'il le juge à propos, de se faire accoucher à l'hôpital. Ces conseils sont généralement acceptés ; mais dans le cas où ils rencontreraient une certaine opposition, la sage-femme, grâce à l'existence de la fiche, saurait qu'elle doit accorder à sa parturiente une attention toute particulière. En même temps que la fiche, le médecin de la consultation remettrait à la sage-femme, chargée de l'accouchement, une carte de désinfection gratuite qu'elle ferait parvenir dans le cours du neuvième mois de la grossesse au service municipal de désinfection Nous savons tous combien les locaux dans lesquels s'effectuent les accouchements à domicile sont malpropres et insalubres ; rien ne serait donc plus utile que de prendre à leur égard quelques mesures d'antisepsie préliminaire.

Conduite à tenir pendant l'accouchement. — Etant donné que la plupart des cas de dystocie auront été diagnostiqués à la consultation et envoyés à l'hôpital, les accouchements se feront presque tous normalement et avec le seul concours des sages-femmes. Mais il pourra arriver que certains incidents tels que l'inertie utérine, une procidence du cordon, une hémorragie de la délivrance, ou bien les cas de pelviviciation chez les femmes qui auraient formellement refusé d'entrer à l'hôpital, nécessitent l'intervention d'un médecin. Dans ce cas la sage-femme procédera comme elle le fait actuellement et aura recours au médecin de sa circonscription qui pratiquera les manœuvres nécessaires ou engagera de nouveau la parturiente à entrer à l'hôpital. Il pourra arriver que ces conseils, malgré leur bien-fondé, viennent encore se heurter contre une fin de non-recevoir absolue et dans ce cas la situation du médecin traitant deviendra d'autant plus difficile qu'il lui est impossible de faire appel au concours d'un de ses confrères. Nous demandons que dans ces cas, qui seront d'ailleurs excessivement rares, le médecin du bureau de bienfaisance soit autorisé à faire appel d'urgence, comme le font les internes de garde, aux lumières d'un accoucheur des hôpitaux désigné pour une circonscription déterminée. Nous tenons à le répéter, ces cas seront excessivement rares, mais, quand ils se rencontrent, leur solution présente de telles difficultés, étant donné le milieu, qu'il ne sera pas trop du concours d'un maître pour arriver à un résultat. Reste la question de l'instrumentation dont les éléments les plus essentiels font toujours défaut dans le milieu dont nous nous occupons. Toute femme sur le point d'accoucher sera pourvue par les soins de la Maison de Secours d'un bock à irrigations vaginales, muni de deux canules en verre. Nous demandons aussi qu'il soit établi dans chaque Maison de Secours une boite dite de « secours d'accouchements » qui renfermera le minimum des médicaments ou instruments obstétricaux nécessaires à un accouchement et dont il reste à déterminer la liste. Nous avons aussi à signaler les dangers d'une mesure administrative qui est grosse de danger pour les par-

turientes. Nous voulons parler du règlement d'après lequel les sages-femmes ne sont rétribuées que si elles terminent l'accouchement, terminaison sanctionnée par la présentation d'un fœtus ou d'un enfant mort ou vivant. Or il est à craindre que, par un sentiment très légitime en somme et très humain, les sages-femmes ne prolongent outre mesure l'expectation de crainte que leur cliente ne leur échappe et ne soit transportée à l'hôpital. Nous demandons l'abrogation de ce règlement avec cette réserve que le transport à l'hôpital devra être sanctionné par un médecin ou approuvé par le chef du service dans lequel la parturiente aura été transportée. Pour terminer, nous croyons qu'en faisant triompher cette organisation, la Société médicale des Bureaux de bienfaisance rendra les plus grands services à la population indigente de la ville de Paris et mettra les sages-femmes et médecins chargés des accouchements à domicile dans les meilleures conditions pour remplir leurs pénibles et délicates fonctions.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 10. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Segond, Delbet, Varnier. — 2e définitif d'Officiat : MM. Brissaud, Reynier, Gaucher. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Kirmisson, Lejars, Walther. — (2e *série*) : MM. Marchand, Tuffier, Ricard. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Letulle, Widal.

MARDI 11. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Panas, Bar, Albarran. — (2e *série*) : MM. Campenon, Maygrier, Thiéry. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Nélaton, Hartmann. — (2e *partie*). (1re *série*) : Jaccoud, Gilbert, Charrin. — (2e *série*) : MM. Chantemesse, Hallopeau, Marie.

MERCREDI 12. — Médecine opératoire : MM. Marchand, Delbet, Broca. — 1er *de Doctorat* (Ancien régime) : MM. Gariel, Blanchard, André. - 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Kirmisson, Tuffier, Bonnaire. — (2e *partie*) : MM. Déjerine, Brissaud, Gilles de la Tourette.

JEUDI 13. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Cornil, Charrin, Achard — (2e *série*) : MM. Joffroy, Troisier, Marfan. — 4e *de Doctorat* : MM. Dieulafoy, Pouchet, Thoinot.

VENDREDI 14. — 1er *de Doctorat* (Ancien régime) : MM. Gautier, Blanchard, Weiss. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Retterer, André. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Netter, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Segond, Ricard, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Brissaud, Déjerine, Gilles de la Tourette. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 15. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Campenon, Quénu, Gley. — (2e *partie*) : Mathias-Duval, Pouchet, Rémy. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Hutinel, Roger, Ménétrier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Berger, Nélaton, Hartmann. — (2e *partie*) : MM. Raymond, Ballet, Marfan. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Panas, Bar, Maygrier.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 12. — M. Argenson. Sur l'acétonurie. — M. Coustols. Rétention du placenta sans complications après l'avortement. Etude thérapeutique. — M. Gamblin. De la tarsalgie dans ses relations avec les troubles du système nerveux. — M. Magne. Des abcès aigus enkystés de la langue. — M. Collard. Le grand entr'acte de la syphilis.

JEUDI 18. — M. Laize. Etude sur les abcès enkystés péritonéaux secondaires dans l'appendicite. — M. Iarca. Contribution à l'étude de l'appendicite pendant la grossesse et les suites de couches. — M. Fontoynont. Luxations récidivantes de l'épaule. M. Créhange. Contribution à l'étude de l'hémimélie. — M. Duclos. Le débridement de l'angle iridien. — M. Lené. Contribution à l'étude de la phlébite rhumatismale. — M. Schapiro. Etude sur l'épilepsie. Son traitement par la résection du grand sympathique. — M. André. De la sialorrhée. — M. Maire. Contribution à l'étude de l'érosion dentaire.

Enseignement médical libre.

Electrothérapie. — M. L.-R. REGNIER. — Les samedis, à 5 heures, au laboratoire d'électrothérapie de la Charité.

Thérapeutique appliquée aux maladies nerveuses. — M. le Dr VERRIER commencera un cours libre à l'amphithéâtre Cruveilhier de l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole de Médecine, le mardi 11 janvier 1898, à 4 heures, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Institut Psycho-Physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts. *Cours et Conférences du semestre d'hiver* 1897-98. — Jeudi 13 janvier, à 5 heures, M. le Dr BÉRILLON : *Le grand hypnotisme et l'Ecole de Paris* (projections à la lumière oxhydrique). — Jeudi 20 janvier, à 5 heures, M. le Dr DUMONTPALLIER : *Comment j'ai été conduit à l'étude de l'hypnotisme. La métallothérapie et les expériences de la Pitié* (projections à la lumière oxhydrique). — Jeudi 27 janvier, à 5 heures, M. le Dr TISON : *La physiologie du neurone. Applications des travaux de Branly à l'étude de la conductibilité nerveuse.* — Jeudi 3 février, à 5 heures, M. le Dr BÉRILLON : *La pédagogie suggestive et l'orthopédie mentale* (démonstrations expérimentales). — Jeudi 10 février, à 5 heures, M. le Dr Paul FAREZ : *L'hypnotisme considéré comme procédé d'expérimentation en psychologie.* — Jeudi 17 février, à 5 heures, M. le Dr Jules BOIS : *De la suggestion dans les grimoires et dans les documents relatifs à l'ancienne magie* (évocations, *incantations, philtres, charmes et envoûtements*). — Jeudi 24 février, à 5 heures, M. Eugène CAUSTIER : *Psychologie comparée : L'évolution sexuelle et les combats des animaux pour la suprématie* (projections à la lumière oxhydrique). — Jeudi 3 mars, à 5 heures, M. le Dr Max NORDAU : *La paralysie générale : signes précoces et formes frustes de la paralysie générale.* — Jeudi 10 mars, à 5 heures, M. le Dr BÉRILLON : *La psychologie de la vision et l'évolution de la fonction visuelle* (démonstrations des Rayons de Rœntgen, par le Dr Dagincourt). — Jeudi 17 mars, à 5 heures, M. le Dr Henry LEMESLE : *Les aliénés criminels.* — La plupart des conférences seront accompagnées de présentations de malades, de démonstrations cliniques de psychothérapie, de démonstrations expérimentales et de présentations d'appareils.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 19 au samedi 25 décembre 1897, les naissanees ont été au nombre de 1.096, se deeomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 384, illégitimes, 166 Total, 550 — *Sexe féminin* : légitimes, 377, illégitimes, 169. Total, 546.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y eompris 18,380 militaires. Du dimanehe 19 au samedi 25 décembre, 1897, les décès ont été au nombre de 945, savoir : 503 hommes et 442 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 0, F. 5, T. 5. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 2, F. 5, T. 7. — Searlatine : M. 0, F. 0, T. 0 — Coqueluche : M. 1, F. 1, T. 2. — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 3, T. 5 — Grippe : M. 2, F. 2, T. 4. — Phtisie pulmonaire : M. 117, F. 71, T. 188 — Méningite tuberculeuse : M. 14 F. 9 T. 23. — Autres tubereuloses : M. 17, F. 5, T. 22. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 6, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 22 F. 24, T. 46 — Méningite simple : M. 11, F. 9, T. 20. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 22, F. 21, T. 43. — Paralysie, M. 3, F. 2, T. 5. — Ramollissement eérébral : M. 4, F. 1, T. 5. — Maladies organiques du eœur : M. 34, F. 36, T. 70. — Bronchite aiguë : M. 10, F. 14, T. 24. — Bronehite ehronique : M. 17, F. 9, T. 26 — Broncho-pneumonie : M 31, F. 21. T. 52. — Pneumonie : M. 16, F. 33, T. 49. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 30, F. 36, T. 66. — Gastro-entérite, biberon : M. 15, F. 10. T. 25 — Gastro-entérite. sein : M. 5, F. 3 T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M 3, F. 2, T. 5 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 3 T. 5 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0 — Débilité congénitale : M. 10, F. 11, T. 21 — Sénilité : M. 21, F. 29, T. 50 — Suieides : M. 12, F. 1, T. 13 — Autres morts violentes : M. 8, F. 6, T. 14 — Autres causes de mort : M. 70, F. 57, T. 127. — Causes restées ineonnues : M. 3, F 4, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inseription : 94, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36, illégitimes, 14 Total : 50 — *Sexe féminin* : légitimes, 30, illégitimes, 14 Total : 44.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Sujets des prix Corvisart et Saintour.* — Prix Corvisart : *Pneumonie des buveurs.* Prix Saintour : *De l'urémie lente.* — Les mémoires devront être déposés au secrétariat de la Faeulté avant le 15 octobre 1898, à 4 heures, dernier délai, sans désignation du nom d'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. le Dr BOUIN est nommé, pour la présente année seolaire, ehef des travaux d'histologie.

ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — Un concours s'ouvrira, le 23 juin 1898, devant la Faeulté de Médecine de Toulouse, pour

l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de Médecine de Clermont.

Ecole de Médecine de Poitiers. — M. le Dr Chedevergne, professeur de clinique médicale, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite Ecole.

Ecole de Médecine d'Angers. — Ont été proclamés lauréats de ladite Ecole pour l'année scolaire 1896-1897 : première année : prix, M. Repussard. Deuxième année : prix, M. Landry. Bactériologie (prix Henri Grimoux) : premier prix, M. Turlais ; second prix, M. Jousselin ; mentions honorables, MM. Lagarde et Repussard. Prix Farge : M. Cocard. Prix d'honneur des hospices : MM. Malécot et Repussard.

Ecole de Médecine de Reims. — Le budget de l'Ecole de Médecine de Reims a fourni à M. Henrot, directeur, l'occasion de donner au Conseil académique de Paris des renseignements sur le projet d'agrandissement de l'établissement. L'Ecole a entrepris de reorganiser l'installation de ses laboratoires et de fortifier les exercices de travaux pratiques et d'analyses.

Conférence d'Internat. — MM. Faure, Le Fur, Robert Lœwy, Monthus, Rosenthal, Rudaux, Sauvalle commenceront une conférence d'Internat à la Charité, le samedi 8 janvier, 1898 à 2 heures (Amphithéâtre Potain).

Conférence scientifique. — M. le Dr Estrade, médecin de la marine, membre de la Société de géographie de Paris, de la Société des études indo-chinoises, etc., fera le jeudi 13 janvier, à 8 heures du soir, à l'Ecole supérieure des Sciences et des Lettres de Nantes, une conférence sur le *Laos* et le *Siam*, au point de vue ethnographique, avec projections photographiques à la lumière oxhydrique.

La chaire de Chimie du Collège de France. — Appelée à donner une liste de deux candidats à la chaire de chimie minérale vacante au Collège de France par suite du décès de M. Schutzenberger, l'Académie des Sciences a présenté : en première ligne, M. le Chatelier, professeur de chimie à l'Ecole des mines ; en deuxième ligne, M. Joannis, maître de conférences à la Sorbonne.

Jubilé Virchow. — A l'occasion du jubilé (50e anniversaire) de Virchow comme professeur de l'Université et comme Directeur des *Archives d'Anatomie pathologique*, un grand banquet a été offert au Maître le 29 décembre. Il y avait en tout 380 convives, dont 13 médecins japonais.

Universités étrangères. — MM. Bernhard, Frænkel et Lasson, privats-docents à l'Université de Berlin, ont été promus professeurs à la même université. Le « titre » de professeur a été conféré à M. Luis Jacobson, privat-docent d'otologie à l'Université de Berlin ; à M. Stern, privat-docent de pathologie interne à l'Université de Breslau ; à M. Benno Baginski, privat-docent de laryngologie à l'Université de Berlin.

La 1.000e laparotomie. — M. le Pr Ruggi, de Modène, qui opérait ces jours derniers sa 1000e laparotomie, a reçu à cette occasion de nombreux témoignages d'estime et de sympathie. Le recteur de l'Université a prononcé en chaire l'éloge de l'éminent chirurgien et a annoncé que le Ministre de l'instruction publique l'avait promu professeur ordinaire de l'Université. (*Presse méd.*)

Distinctions honorifiques. — Par décret, en date du 31 décembre 1897, ont été nommés au grade d'*Officier de la Légion d'honneur* : M. le Dr Raymond (Fulgence), professeur à la Faculté de Médecine, médecin à la Salpêtrière, à Paris. Chevalier du 6 janvier 1888. M. le Dr Hayem (Georges), professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, Chevalier du 9 décembre 1896. — Au grade de *Chevalier* : M. le Dr Barth (Henri), à l'hôpital [illegible], à Paris, 22 ans de pratique médicale. M. le Dr Hutz [illegible], à l'hôpital Tenon, à Paris, 30 ans de pratique médicale. M. le Dr Marchand (Alfred-Henri), chirurgien de l'hôpital Boucicaut, à Paris, 35 ans de pratique médicale. M. le Dr Martin (Louis), [illegible] à l'Institut Pasteur. Externe et interne des hôpitaux [illegible] médecin [illegible] (1891-1897), 7 ans de services. Titres [illegible] a pris une grande part [illegible] et aux travaux [illegible] de la découverte du sérum antidiphtérique ; nombreuses publications et [illegible] relatives à la diphtérie. Mlle Bottard [illegible], surveillante à la clinique des maladies nerveuses [illegible], 36 ans de services. M. le Dr Chevalet (Hippolyte [illegible]), à Paris, 30 ans de pratique médicale. M. le Dr Bourée [illegible], à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or). Médecin en chef de l'hospice de Châtillon depuis 18[illegible]. Médecin de la maison d'arrêt [illegible] du collège. Membre du conseil d'hygiène. Médecin inspecteur [illegible]. Président du conseil des directeurs de la [illegible]. Conseiller municipal de Châtillon de 1848 à 1878. [illegible] adjoint au maire. Ancien président du conseil d'arrondissement [illegible] ans de services. M. le Dr Faure (Joseph-Marie-Hyacinthe), membre du conseil général de la Haute-Garonne. Elu au conseil général en 1893. Médecin cantonal depuis 1880. Délégué de l'instruction primaire, 17 ans de services. Titres exceptionnels ; s'est particulièrement distingué lors d'une grave épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi en novembre 1896 dans la commune de Loubens. M. le Dr Berthollet (Joseph-Marius-Hector), à Grenoble (Isère), 35 ans de pratique médicale. M. le Dr Darlan (Xavier), médecin adjoint à l'hôpital de Nérac (Lot-et-Garonne), 20 ans de pratique médicale. M. le Dr Warenghem (Jules-Barthélemy), médecin en chef de l'hôpital de Calais (Pas-de-Calais). Interne des hôpitaux de Paris de 1858 à 1861. Médecin-chef de l'hôpital de Saint-Pierre-les-Calais depuis 1862. Médecin du bureau de bienfaisance. Belle conduite dans plusieurs épidémies cholériques. 40 ans de services. M. le Dr Escorne (Emile), à Saint-Yrieix (Haute-Vienne). Ex-interne des hôpitaux et lauréat de l'Ecole de Médecine de Paris. Docteur en médecine en 1866. Médecin de l'hôpital, du parquet, du collège, de la maison d'arrêt et des épidémies. Membre du conseil d'hygiène. Délégué cantonal. Ancien conseiller municipal. Ancien adjoint au maire de Saint-Yrieix, 31 ans de services. M. le Dr Bouchardat (Gustave), professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, 30 ans de services. M. le Dr Heydenreich (Albert), doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Nancy, 25 ans de services.

Récompenses. — Le Ministre de l'Intérieur a décerné, aux personnes ci-après désignées, des médailles d'honneur en témoignage du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de diverses épidémies : *Médailles de vermeil*, MM. les Drs Bruncher (de Batna) ; Gouvert (de Jemmapes) ; *Médaille d'argent*, M. Merle (interne en médecine à Constantine).

Collège de France. — M. Bénard, ancien élève de l'Ecole normale supérieure, est nommé préparateur près la chaire physique générale et expérimentale du Collège de France, en remplacement de M. Maurain.

Asile d'aliénés de Saint-Ylie près Dôle (Jura). — *Demande d'interne.* — 14 inscriptions ; traitement 800 fr., logement, nourriture, chauffage, éclairage et blanchissage. S'adresser à M. le Dr Sizeray, médecin-directeur de l'asile.

Hôpital français de Tunis. — Nous apprenons que M. le Dr Braquehaye, agrégé de la Faculté de Bordeaux, vient d'être nommé, après un brillant concours devant la Faculté de Montpellier, chirurgien en chef du nouvel hôpital français de Tunis.

Service de santé militaire. — *Réserve.* — Nominations au grade de médecin principal de 1re classe : M. Reech, médecin principal de 1re classe de l'armée active, retraité. — Au grade de médecin aide-major de 1re classe : M. Le Renard, médecin aide-major de 1re classe de l'armée active, démissionnaire. — Au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. les Drs Audouin, Barraud, Beaussenat, Bize, Braun, Briançon, Brousse, Buisson, Bussière, Campistron, Chavin, Christiaens, Clerc, Couette, Coulmont, Coulouma, Courtiol, Dantan, Daubois, Deleneuville, Dezon, Drouet, Dumarest, Dumas, Dupont, Dupuis, Durand, Fabre, Farret, Gannat, Garde, Gauthier, Girard, Goudard, Gouin, Goupil, Granval, Guiart, Guizol, Guy, Harlez, Henneeart, Jeannin, Jocet, Juvanon Laissus, Lajugie, Lefebvre, Legrand, Lesage, Loubat, Maerez, Magne, Marie, Martinais, Meynard, Mimin, Monseourt, Ovize, Pain, Palas, Paul Boncour, Pellerin, Pelon, Philouze, Piard, Picard, Pitot, Planche, Pourtier, Regaud, Richard, Rimy, Rochebloine, Steeg, Terson, Thellier, Trajit, Vergely, Verliac, Walch, Yardin et Ysambert.

Armée territoriale. — Nominations au grade de médecin principal de 2e classe : M. Labrevoit, médecin principal de 2e classe de l'armée active, retraité.

L'Institut Pasteur de Lille. — M. André Lebon, Ministre des Colonies, est passé, la semaine dernière, à Lille, où il s'était rendu incognito. Il a visité les nouveaux bâtiments de l'Institut Pasteur et une distillerie où l'on obtient l'alcool par la fermentation des grains au moyen d'un ferment spécial, l'« amylomyces » découvert en Chine par le Dr Calmette.

Commission de la Revue des Travaux Scientifiques. — M. Alfred Lacroix, membre du comité des travaux historiques et scientifiques, est nommé membre de la commission de publication de la *Revue des travaux scientifiques*.

Une Exposition des Universités en 1900. — La Commission d'initiative de la Chambre, chargée d'examiner la proposition de M. le Dr Vigné tendant à faire organiser, à l'Exposition universelle de 1900, une section des Universités et des grandes Ecoles, division des sciences et des lettres, après l'avoir prise en considération, a décidé qu'il y avait lieu de réclamer l'urgence. Elle a chargé son rapporteur de conclure en ce sens et de déposer son rapport.

Troubles universitaires. — On signale de Louvain une échauffourée d'étudiants causée par des discussions entre Wallons

et Flamands. On s'est battu ferme. On a cassé des carreaux et des réverbères. La police est intervenue sabre au clair et, dans la bataille, plusieurs jeunes gens ont été blessés.

Assainissement de la Bièvre — Un décret du 16 novembre déclare d'utilité publique, dans la Ville de Paris, l'assainissement de la vallée de la Bièvre aux abords de la rue du Moulin-des-Prés. La dépense est évaluée à 90.000 francs.

Enseignement médical a Madagascar. — Le 10 décembre 1896, le général Galliéni avait pris un très sage arrêté aux termes duquel « nul ne pourrait exercer la Médecine à Madagascar s'il n'était muni d'un diplôme de docteur d'une Faculté française ». « Cette prohibition, dit Jean Carol, avait le triple avantage de répondre à tous les besoins hygiéniques des indigènes, d'en encourager quelques uns à suivre l'exemple de ceux qui sont déjà venus en France faire leurs études à Montpellier ou à Paris, et d'attirer à Madagascar quelques médecins français, soit curieux de cette aventure, soit mécontents de leur situation dans la métropole. Avec la Faculté de Médecine de Tananarive, tout change. Un débouché se ferme pour une catégorie de nos nationaux; le grand prestige que le vazaha tirait de sa science médicale s'évanouit, du moment que tant d'indigènes vont pouvoir le partager; enfin viendra le jour où les colons eux-mêmes, malgré leur répugnance, seront obligés de se confier à un docteur noir, les médecins blancs ayant achevé de disparaître. »

Cigares et Nicotine. — Un journal allemand apprend que le Pr Gerold de Halle a trouvé un moyen vraiment efficace, cherché depuis longtemps, de neutraliser l'action de la nicotine dans le cigare. Avant la fabrication, les feuilles de tabac sont trempées dans une décoction dont le principal élément est la marjolaine sauvage (*origanum vulgare*). Ce procédé ne fait, paraît-il, que supprimer les effets nuisibles du tabac sans lui enlever rien de ses qualités et de son arome.

Nécrologie. — M. le Dr Alriq, ancien médecin de la station balnéaire d'Aulus, membre correspondant de la Société d'hydrologie de Paris, décédé à l'âge de 63 ans. — M. le Dr Dumesnil, médecin de la marine, décédé à Haiphong, à l'âge de 32 ans. — M. le Dr de la Houssaye, médecin en chef de l'hospice de Morlaix, décédé à l'âge de 84 ans. — M. le Dr Giacomo Sangalli, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Pavie. — M. le Dr G. Alexianu, professeur de pathologie médicale à la Faculté de Médecine de Bucharest. — M. le comte de Motta Maia, professeur d'anatomie et de médecine opératoire à la Faculté de Médecine de Rio-de-Janeiro. — M. le Dr Harrisson Allen, professeur émérite de physiologie à l'University of Pennsylvania de Philadelphie.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Hôpital Saint-Antoine. — *Clinique des maladies nerveuses.* — MM. Ed. Brissaud et G. Ballet reprendront leurs leçons annuelles de clinique des maladies nerveuses, à l'hôpital Saint-Antoine les jeudi et dimanche, à partir de janvier. M. E. Ballet commencera le dimanche 9 janvier. M. E. Brissaud, le jeudi 13 janvier, à six heures.

Hôpital des Enfants-Malades. — *Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie.* — M. le Dr Sevestre, médecin des hôpitaux, chargé du cours de clinique annexe, fait, à l'hôpital des Enfants-Malades (pavillon Trousseau), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie). Sont admis à suivre cet enseignement MM. les Étudiants pourvus de seize inscriptions et MM. les Drs en Médecine. Chaque élève est exercé à l'examen bactériologique et à la pratique des interventions opératoires. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à trois heures. Les élèves sont classés par séries de ... et pour une période de ... MM. les Drs en Médecine doivent justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce émanant leur identité.

Infirmerie de Saint-Lazare (107, faubourg Saint-Denis). — *Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie (syphiligraphie et gynécologie).* — Ces cours sont faits deux fois par an par les médecins et chirurgiens de l'infirmerie spéciale de Saint Lazare. La première série commencera le jeudi, 20 janvier, à dix heures et demie du matin et se continuera les samedi, mardi et jeudi suivants à la même heure. Ces cours seront faits, le mardi, par M. Ozenne : Gynécologie. Le jeudi, par M. Le Pileur : Syphiligraphie. Le samedi, par M. L. Wickham : Vénéréologie, et seront complets en dix-huit leçons. Seront admis à suivre ces cours, les docteurs en Médecine et les étudiants en Médecine pourvus de seize inscriptions, qui se seront fait inscrire chez M. le Directeur de la maison de Saint-Lazare, qui leur remettra une carte d'entrée.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DOUZE FRANCS. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE
AUX BUREAUX DU PROGRÈS MÉDICAL

MANUEL PRATIQUE
DE LA
GARDE-MALADE & DE L'INFIRMIÈRE

Publié par le **Dr BOURNEVILLE**
Rédacteur en chef du *Progrès médical*, Médecin de Bicêtre, Directeur des Écoles municipales d'infirmières, etc.

Avec la collaboration de MM. Ed. Brissaud, P. Cornet, Budin, H. Duret, P. Keraval, G. Maunoury, Monod, J. Noir, Poirier, Ch.-H. Petit-Vendol, Pinon, P. Regnard, Sevestre, Sollier, Viron, P. Yvon, Me Pilliet-Edwards.

Sixième édition revue et augmentée.

Ce manuel se compose de cinq volumes: T. I. *Anatomie et physiologie*; — T. II. *Administration et comptabilité hospitalières*; — T. III. *Pansements*; — T. IV. *Soins à donner aux femmes en couches. Soins à donner aux aliénés. Petite pharmacie. Petit dictionnaire des termes médicaux*; — T. V. *Hygiène*. — Prix des cinq volumes in-18 jésus: 7 fr. 50. — Pour nos abonnés. Prix . . . . 5 fr.



Le Rédacteur-Gérant: Bourneville.

PARIS — IMP GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SERIE. T. VII. N° 3 — BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. — 15 JANVIER 1898

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Uréthrotomies et Uréthrectomies (*fin*) (1).

Revue générale.

Par le Dr **AUDRY** (de Toulouse),
Chargé de cours à la Faculté de Médecine.

VI. — Traitement des ruptures de l'urèthre.

Seules nous intéressent maintenant les ruptures traumatiques de l'urèthre Ce sont des ruptures périnéales généralement consécutives à des chutes; ce sont aussi des ruptures le plus souvent complètes en ce sens que la paroi uréthrale est complètement divisée, au moins sur une étendue plus ou moins considérable de sa circonférence; fréquemment d'ailleurs, cette rupture est complète, c'est-à-dire que le canal est complètement coupé. Nous laissons de côté les ruptures interstitielles et en particulier, celles qui, provoquées ou spontanées surviennent au cours de la blennoragie. Ces dernières conduiront, sans doute, à une sténose de la pire espèce, mais pour le moment, on admet qu'il faut attendre l'apparition et la réalisation du rétrécissement, et opérer ce dernier plutôt que la rupture même. Si l'on se reporte à ce que nous venons d'écrire, à propos de l'uréthrectomie et en particulier de l'uréthrectomie totale si d'autre part on consulte le chapitre des uréthroplasties, on est suffisament édifié sur le traitement des suites éloignées des rétrécissements d'origine traumatique; mais, dans les cas que nous avons en vue, l'urèthre est complètement coupé; le cours des urines est interrompu; il y a danger immédiat d'infiltration; il y a nécessité d'ouvrir un passage à l'urine; il y a possibilité d'arriver à une guérison rapide et complète par une intervention opératoire qui est d'ailleurs une véritable opération d'urgence.

Opérations. — Nous n'avons rien à dire de nouveau au sujet des préparatifs; ce sont les mêmes que pour l'uréthrotomie externe. Je dois dire cependant que dans un cas, l'état du malade (fracture du bassin, déchirure de l'urèthre) ne me permit pas de faire l'anesthésie à cause du shock traumatique et de l'affaiblissement extrême.

L'opération même se décompose en deux temps: 1° Recherche du bout postérieur; 2° suture.

1° *Recherche du bout postérieur.* — Ici l'on n'a pas à rechercher l'urèthre, mais bien seulement le bout postérieur. Il est toujours facile de retrouver par le cathétérisme l'orifice postérieur du segment antérieur; mais en ce qui touche l'orifice du segment vésical il n'en est pas de même. Pour ma part, je n'ai jamais eu de difficultés; mais mon expérience est limitée et d'autres chirurgiens n'ont pas été aussi heureux. Cela tient à ce que le bout postérieur est dévié en arrière et en bas par le redressement de la partie postérieure du canal (D. Mollière). Il faut donc l'aller chercher en se rapprochant du rectum. Au reste, on peut toujours en fin de compte recourir à l'un des moyens indiqués plus haut, c'est-à-dire faire pisser le malade réveillé; le cathétérisme rétrograde en particulier, semble pouvoir donner des résultats particulièrement brillants.

Si l'on opère dans de bonnes conditions d'asepsie, on peut, en l'utilisant, rétablir la continuité de l'urèthre, suturer complètement le périnée et la vessie et guérir le malade en peu de jours et sans grands risques. Cependant, je crois que dans l'humble pratique, mieux vaut tâcher de s'en dispenser.

Le malade étant dans la position de la taille, et désinfecté comme il convient, on fait une incision périnéale médiane un peu longue. Cette incision conduit sur le foyer hémorrhagique. Ce dernier est soigneusement lavé et nettoyé. On reconnait par un cathétérisme le bout postérieur du segment antérieur. On le repère; puis on se met à la recherche du bout postérieur de l'urèthre; le plus souvent on découvre facilement celui-ci au milieu de la paroi postérieure du foyer hémorragique où il est facilement reconnaissable. Sinon, on le recherche en bas et en arrière. Une fois cet orifice découvert, on s'assure qu'il conduit bien dans la vessie. On y introduit l'extrémité d'une sonde de faible calibre (15 à 16) qui a été poussée par le méat normal, et on la conduit jusque dans la vessie.

2° *Suture.* — Afin d'éviter des redites, nous renvoyons à ce que nous avons dit à propos de la suture lorsque nous nous sommes occupé de l'uréthrectomie et en particulier de l'uréthrectomie totale. Il est évident que les conditions sont ici éminement favorables, puisqu'il n'y a pas eu de perte de substance. On fera cette suture avec un soin extrême en évitant de passer les fils à travers la muqueuse. En général, six à sept au plus suffisent. Comme la section uréthrale est d'ordinaire très nette, il est rare qu'il soit nécessaire de faire un avivement; il faut seulement faire en sorte que la muqueuse ne soit pas en éversion trop prononcée parce que l'affrontement serait défectueux. Au-dessous, restauration en étages du périnée.

Soins opératoires. — On enlève la sonde au bout de trois ou quatre jours. Au bout d'une semaine, on commence les cathétérismes.

Accidents opératoires. — Il n'y en a pas à redouter si l'on emploie la sonde à demeure. Je sais qu'on peut se passer de celle-ci; mais elle n'a que des avantages si elle est bien utilisée.

Indications. — Cette opération est constamment, rigoureusement et immédiatement indiquée toutes les fois qu'on a affaire à un sujet chez lequel une hémorragie uréthrale notable d'origine traumatique s'accompagne de rétention d'urine. Je pense en effet, que sauf impossibilité matérielle de faire autrement il faut s'abstenir des tentatives de cathétérisme et des ponctions vésicales.

VII. — Opérations pour infiltration d'urine.

Il va sans dire que nous n'avons en vue que l'infiltration d'urine classique, celle qui succède à une fissure de l'urèthre consécutive à un rétrécissement ou à une rupture. Nous laissons donc de coté l'infiltration urinaire d'origine néphropyélique, l'infiltration sus-pu-

(1) Voir *Progrès médical*, n° 1, 1898.

bienne ou rétro-pubienne d'origine vésicale. Je rappelle seulement que le point de départ de l'inondation du tissu cellulaire par l'urine siège toujours au même endroit, quel que soit le siège de l'oblitération complète ou incomplète de l'urèthre, qu'elle soit consécutive à une sténose du méat, ou à un rétrécissement bulbaire : la rupture, la fissure uréthrale siège à l'union de la portion bulbaire et de la région membraneuse, en arrière par conséquent de l'aponévrose moyenne. Cette notion est importante parce qu'elle explique la topographie de l'infiltration et indique les lignes générales du drainage. Les opérations réclamées d'urgence par l'infiltration d'urine ont en effet deux objectifs : le traitement de l'urèthre et de sa lésion ; 2° le traitement, c'est-à-dire le drainage de l'infiltration.

Préopération. — Elle comprend comme toujours la désinfection du périnée, et aussi celle des régions ischiofessières ; le rasage du pubis et l'asepsie de toute la région abdominale et inguinale.

Instruments. — Ce sont ceux de l'uréthrotomie externe, plus ceux qui sont nécessaires à un drainage parfois énorme. En aucun cas, le dilatateur de Tripier ne rend plus de services. Anesthésie sauf le cas où le malade est en collapsus.

Opération. — 1° *Traitement de l'urèthre.* Incision périnéale médiane très large. On va à la recherche de l'urèthre qu'on découvre soigneusement. On s'efforce de trouver le siège de la rupture uréthrale qui siège quelquefois à la partie inférieure, plus souvent sur les côtés du canal. On fait l'uréthrotomie externe régulière et complète. Une fois la sonde à demeure introduite dans la vessie et convenablement, fixée, on vient à s'occuper de l'infiltration même.

2° *Drainage de l'infiltration.* — En général, celle-ci rayonne du périnée dans quatre directions différentes qu'on explore et qu'on reconnaît facilement avec le doigt ; celui-ci pénètre facilement dans les zones dissociées par l'urine et par un œdème énorme. Les deux premières fusées se font en arrière et en dehors et aboutissent vers l'ischion, un peu en arrière. On y fait donc les premières contre-ouvertures nécessaire. Les deux autres filent sous le pli inguino-crural et viennent s'épanouir dans la région inguino-abdominale que l'on draine également. On a ainsi quatre trajets pour quatre drains gros ou moyens, suivant les cas, qui tous convergent vers la plaie périnéale. Il n'est du reste pas nécessaire qu'ils soient assez longs pour faire saillie à ce niveau. Dans quelques cas, assez rares maintenant, l'infiltration d'urine prend des proportions colossales et arrive jusqu'au thorax, après avoir envahi la paroi abdominale antéro-latérale en tout ou en partie. Il n'est pas possible de donner des règles applicables à ces faits qui relèvent uniquement du tact de l'opérateur. En principe, les incisions devront être aussi rapprochées que possible des limites de l'infiltration. Je pense aussi qu'il vaut souvent mieux faire plusieurs incisions moyennes qu'une immense ; ces incisions énormes ont l'inconvénient de laisser des cicatrices trop étendues, parfois chéloïdiennes et douloureuses. Inutile d'ajouter que des pansements humides rendront les plus grands services. On comprendra facilement que nous n'ayons rien à ajouter à ce qui précède ; il est seulement tout à fait avéré que les opérations réclamées par l'infiltration d'urine sont aussi urgentes que celles de la hernie étranglée. D'autre part, si le chirurgien, par insuffisance de matériel, ou à cause de l'état extrêmement grave du patient, ne se trouvait pas en état de rétablir la continuité uréthrale, il ferait un large débridement périnéal provisoire complété par le drainage des fusées principales, laissant l'urine s'écouler par la plaie médiane, et attendant l'occasion de réparer en temps opportun l'urèthre déchiré.

Uréthroplasties.

Nous englobons dans la dénomination d'uréthroplasties, toutes les opérations plastiques destinées, les unes à restaurer le calibre du canal de l'urèthre, les autres à en réparer les pertes ou le défaut de substance.

Nous avons ainsi à distinguer :

1° L'uréthroplastie pour rétrécissement.

2° Les uréthroplasties réclamées par défaut de substances, ces dernières étant réclamées soit par l'épi, soit par l'hypospadias.

3° Les uréthroplasties pour pertes de substance, c'est-à-dire pour fistules.

I. — Uréthroplastie longitudinale (Uréthrotomie autoplastique).

Il nous a paru plus juste d'étudier ici cette petite opération, bien qu'à de nombreux égards, elle se rapproche des uréthrotomies. En effet, son objectif est bien la restauration du calibre du canal par autoplastie, il est aussi juste de l'appeler uréthroplastie que de nommer pyloroplastie, l'opération de Heineke. La voici telle que nous l'avons pratiquée, et décrite dans les *Archives provinciales de Chirurgie* (1895). L'uréthroplastie consiste à fendre la cicatrice dans l'axe du canal, sur le paroi inférieur de l'anneau fibreux, et à rapprocher par des fils, les extrémités de l'incision converties en ligne de suture transversale perpendiculaire à l'axe du canal.

Préopération. — Asepsie de la région. Lavage de l'urèthre. Comme instruments : un bistouri, des pinces, des aiguilles fines et des fils. Anesthésie. En général, comme les lésions justiciables de l'uréthroplastie longitudinale occupent le segment pénien ou l'angle péno-scrotal, on ne met pas le malade dans la position de la taille ; il est évident qu'il faudrait l'y mettre si l'on opérait une sténose périnéale.

Opération. — On commence par introduire un Béniqué aussi gros que possible, sans déchirer toutefois la muqueuse ; il faut que l'anneau cicatriciel soit fixé sur la sonde qui l'immobilise et le ramène au besoin dans la région pénienne.

Sur la ligne médiane, au devant de la face inférieure de l'urèthre, incision de 4 à 5 centimètres dont le milieu répond à l'anneau fibreux cicatriciel. Couche par couche, et très délicatement on incise jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur le rétrécissement même, facilement reconnaissable par le toucher et le regard.

3° Avec un bistouri petit et mince, un couteau à lupus, on sectionne doucement et progressivement le tissu cicatriciel perpendiculairement à sa direction annulaire. On arrive ainsi, avec des précautions, à la muqueuse qui n'est pas ouverte si possible et à travers laquelle on voit transparaître le cathéter.

4° On passe un premier fil qui réunit l'une à l'autre les deux extrémités de l'incision de la cicatrice et met en contact les tissus sains du corps spongieux. Le fil prend l'épaisseur des tissus du canal sans toucher la muqueuse. Une fois liée, il transforme l'incision longitudinale en une ligne transversale perpendiculaire à l'axe du canal. On met un fil semblable de chaque côté du point médian. *Fig.* 2 et 3.

On enlève le cathéter doucement. Pas de sonde à demeure. Suture de la peau. Pansement.

Accidents. — Le seul accident réside dans l'ouverture de la muqueuse ; il n'a pas d'importance ; mais il est peut-être préférable en pareil cas de mettre une sonde à demeure pendant deux jours afin de ménager la suture.

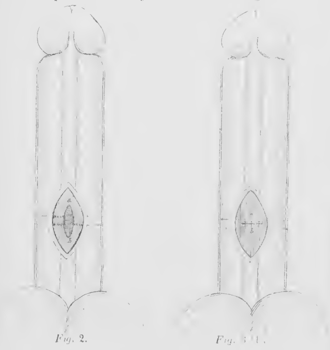


Fig. 2. *Fig.* 3 (1).

Indications. — Je crois qu'on peut opérer avec profit par l'uréthroplastie longitudinale les rétrécissements cicatriciels courts, annulaires, et limités, ceux-là même qui sembleraient réclamer l'uréthrectomie totale. Le degré de sténose est indifférent : on sait que ces rétrécissements sont invinciblement élastiques et récidivants. Il me paraît que jamais l'opération n'est mieux indiquée qu'en présence de rétrécissements consécutifs à « la rupture de la corde » au cours de la blennorrhagie. Je ne l'ai moi-même pratiqué que dans ces circonstances. Mais il est facile de concevoir comment et pourquoi le même procédé est applicable à des sténoses périnéales également cicatricielles et courtes. Je puis ajouter que les résultats sont durables.

II. — Uréthroplastie par défaut de substance.

On sait que les anomalies de développement frappent assez fréquemment le canal de l'urèthre. Parmi ces anomalies, les unes sont trop légères pour exiger l'intervention chirurgicale ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Les uréthroplasties ont pour but de remédier aux déformations qui constituent soit l'épispadias, soit l'hypospadias. Ce sont des opérations délicates qui exigent beaucoup de patience, de ténacité et de délicatesse. On comprend facilement que les conditions opératoires varient suivant les opérés ; cependant on peut dire que les grandes lignes du traitement ont été assez heureusement posées par quelques chirurgiens dont nous résumerons la pratique. Il serait injuste de ne pas rappeler que Dieffenbach a inauguré le traitement chirurgical de l'épispadias, et que les travaux de Bouisson ont eu une heureuse influence sur celui de l'hypospadias. C'est du reste d'après Thiersch et d'après Duplay que nous exposerons l'état de la question.

Nous nous occuperons successivement de l'hypo et de l'épispadias.

(1) Clichés des *Arch. provinc. de Chirurgie.*

Uréthroplastie pour Hypospadias.

On sait que l'on peut observer différents degrés dans la malformation. Nous distinguerons seulement : l'hypospadias balanique, l'hypospadias pénien et pénio-scrotal.

I. — *Hypospadias balanique.* — Le segment balanique de l'urèthre manque ; il est remplacé par une fente du gland plus ou moins profonde, en arrière de laquelle l'urèthre s'ouvre par un orifice souvent fort petit. D'autres fois, il existe un court segment uréthral infundibuliforme, long d'un centimètre environ, et borgne, en arrière duquel s'ouvre réellement l'urèthre par un orifice toujours très étroit. En pareil cas, la miction et l'érection s'opèrent généralement d'une façon normale ; on peut être cependant tenté de restaurer complètement l'extrémité antérieure du canal, ce qui semble facile. Il suffit d'aviver les bords de la fente balanique et de les suturer. Cependant, je dois avouer que j'ai abandonné ces tentatives, car j'ai eu plusieurs échecs : l'avivement est difficile parce que le tissu érectile est bien près de l'épiderme. La plaie s'infecte facilement ; enfin il est toujours malaisé d'amener la jonction de l'urèthre avec le segment de nouvelle formation ; il faut pour cela élargir l'ancien orifice, éviter la formation de valvules, etc.

Ce sont autant de petites interventions fort délicates, un peu chanceuses et qui réunissent les bords latéraux, de telle sorte que la fente transversale se trouve transformée en une ligne longitudinale.

Il faut attendre alors plusieurs mois, six à huit, avant d'entreprendre la continuation de la réparation. Ce temps est nécessaire pour qu'on n'ait plus à redouter de rétraction secondaire.

2° *Création d'un nouveau canal depuis le méat jusqu'à l'orifice actuel de l'urèthre.* — Duplay insiste beaucoup et avec raison sur la nécessité de refaire un méat et un urèthre balanique. L'absence de la gaine spongieuse de la paroi inférieure du canal met en effet dans des conditions beaucoup plus désavantageuses que quand nous n'avions affaire qu'à un hypospadias balanique. Au reste, même dans ce dernier cas, on peut se servir de la méthode que voici et qui est très simple. Quand le sillon balanique est assez profond, on se contente d'aviver, comme nous l'avons dit tout à l'heure, les deux lèvres de la fente, et on les réunit par deux points de suture sur une petite sonde. Dans le cas où la fente balanique n'est pas assez profonde, on l'agrandit soit par un débridement unique portant sur le fond du sillon, soit, mieux, par deux petites incisions tombant perpendiculairement sur le milieu de chaque lèvre de la gouttière du gland. En ce qui touche la confection du nouveau canal, voici le texte de Duplay *Encyclopédie de Chirurgie*, 1885, t. VII : « La verge étant maintenue relevée, on pratique à sa face inférieure, de chaque côté de la ligne médiane et à quelques millimètres en dehors de cette ligne, une incision longitudinale étendue de la base du gland jusqu'à un centimètre ou un demi-centimètre de l'ouverture hypospadienne. Cela fait, on dissèque à peine la lèvre interne de l'incision de manière à l'incliner en dedans sur la sonde, mais sans chercher à la recouvrir entièrement. On dissèque, au contraire, largement la lèvre externe de chaque incision, de manière à amener vers la ligne médiane la peau des parties latérales de la verge. La face cutanée des lambeaux intéressés est ainsi tournée vers la cavité du canal, tandis que leur

*

face cruentée se trouve exposée à l'extérieur et recouverte par la face cruentée des deux lambeaux externes.

Ces interventions exigent des sujets plus de patience et de persévérance qu'ils ne peuvent nous en donner. Pour ces raisons, je crois que l'on aura assez rarement l'occasion de tenter ces restaurations d'une utilité d'ailleurs parfois contestable. On peut se contenter de débrider le méat s'il est trop petit; mais il vaut mieux pour cela attendre que le sujet ait atteint la puberté; il est évivent que si, par exception, un hypospadias balanique était accompagné du palmure du pénis, il faudrait remédier à cette déformation qui offre de graves inconvénients pour l'érection. Mais cela est très rare, et d'autre part, ce que nous allons dire à ce sujet s'applique à tous les cas, qu'il s'agisse de restaurer la portion bala nique du canal ou de faire cesser l'incurvation de la verge (1).

Hypospadias pénien et pénio-scrotal. — Bouisson avait établi que le chirurgien mis en présence d'un hypospadias avait pour premier objectif de faire disparaître l'incurvation de la verge en avant et en bas : cette incurvation étant due premièrement à l'existence d'une double bride cutanéo-muqueuse qui va de l'orifice uréthral au gland, et d'autre part à l'arrêt du développement des corps caverneux dont la gaine et la cloison subissent une rétraction fibreuse énergique. Il faut donc inciser l'un et l'autre de ces obstacles. Bouisson insista aussi sur la nécessité de reconstituer la paroi inférieure du canal aux dépens de lambeaux cutanés dont la face épidermique devrait venir constituer la muqueuse du nouveau canal. Il l'emprunta simplement au scrotum, mais échoua. Th. Anger réunit réussit en utilisant la technique indiquée par Thiersch pour l'épispadias. Voici comment procède Duplay, qui insiste d'ailleurs beaucoup et à juste raison sur la nécessité d'opérer en plusieurs séances séparées par un intervalle plus ou moins prolongé.

Procédé de Duplay. — 1° *Redressement de la verge.* — Pour cela, on incise transversalement et à ciel ouvert d'abord la double bride cutanéo-muqueuse, puis la voute uréthrale, enfin les corps caverneux jusqu'à ce que l'on obtienne un redressement complet; il ne faut pas craindre d'entamer profondément les corps caverneux, si cela est nécessaire pour arriver à la rectitude On obtient ainsi une plaie transversale qui devient un losange allongé par le redressement. On rapproche par des sutures. De la sorte, la cicatrice ne se trouve pas en réalité recouverte entièrement par une surface cutanée ; mais il n'en résulte aucun inconvénient pour le nouveau canal En effet, la surface cicatricielle est presque linéaire, et il suffit pour éviter la rétraction ultérieure que la moitié du canal présente une surface cutanée.

2° Il ne reste plus qu'à réunir sur la ligne médiane les lambeaux ainsi séparés. Duplay utilise la suture enchevillée de la manière suivante : il se sert de fils d'argent très fins. Les points de suture sont espacés de un demi-centimètre environ. Chacun d'eux se compose d'un fil simple, et non double comme dans la suture enchevillée ordinaire. Les extrémités de chaque fil sont passées dans des trous pratiqués à des distances convenables à travers des petits tubes de plomb, et lorsque la constriction est jugée suffisante, les fils sont assujettis par des tubes de Galli. Les trajets de ces fils simples sont presque imperceptibles et ne déterminent pas, comme dans la suture enchevillée ordinaire à double fil, de larges ouvertures aux points d'entrée et de sortie. Si les surfaces adossées par cette suture laissent un peu d'écartement à l'extérieur, la réunion peut être complétée par quelques points de suture espacés, superficiellement placés. Grâce à cette suture qui assure un contact parfaitement exact et qui est assez solide pour résister aux érections, Duplay a réussi plusieurs fois à refaire d'un seul coup le canal sur toute sa longueur. S'il reste des points où la réunion échoue, on y remédie par une ou plusieurs opérations complémentaires.

3e *temps. Abouchement des 2 portions du canal.* — Lorsqu'on s'est bien assuré que le nouveau canal n'offre aucune tendance à la rétraction, il reste à réunir les deux portions de l'urèthre, et il faut pour cela fermer la fistule hypospadienne. On avive largement le pourtour de l'ouverture anormale sur une étendue de près de 0,01 ; puis une sonde ayant été introduite dans le nouveau canal jusque dans la vessie, on applique le même mode de suture que dans le temps précédent, c'est-à-dire la suture enchevillée à l'aide de fils d'argent simples traversant deux tubes de plomb percés de trous et arrêtés de chaque coté par des tubes de Galli. Pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent cette opération, Duplay fait porter une sonde à demeure. puis il permet aux malades d'uriner seuls, en se plaçant sur les coudes et les genoux de manière a faciliter autant que possible l'issue de l'urine.

II. *Lambeau scrotal de Bouisson.* — On a vu que Bouisson avait recommadé de tailler un lambeau scrotal qu'il rabattait sur l'uréthre de manière que l'épiderme devenait la muqueuse uréthrale et que la surface cruentée restait extérieure. On a vu également que le chirurgien de Montpellier échoua ; son lambeau se sphacéla, non pas à mon avis, à cause de l'étroitesse du pédicule, mais bien plus probablement à cause de l'infection. Nous savons très bien maintenant que 9 fois sur 10, les lambeaux les plus témérairement taillés vivent si la plaie reste bien aseptique. Rochet (de Lyon) s'est servi deux fois du procédé de Bouisson et a réussi. « Il faut, dit-il, tailler l'étoffe sur 7 centimètres de large environ ; puis on avive sur les bords de la gouttière hypospadienne, et on y suture les parties latérales du lambeau préalablement retournées sur elles-mêmes pour pouvoir adapter leur surface cruentée à celle de la plaie d'avivement. Le bord supérieur du lambeau rabattu sur la gouttière hypospade sera bien entendu suturé et raccordé au canal balanique. Des sutures transversales convenables ferment la plaie scrotale et la réduisent en une ligne antero-postérieure Rochet remarque que le canal est ainsi refait avec une surface toute entière cutanée et qu'on évite le troisième temps. Cette manière de faire semble très recommandable ; il sera intéressant de savoir ce que devient la peau du scrotum transformée en muqueuse uréthrale, si les poils y poussent et ce qu'ils y deviennent.

Accidents. — Les accidents opératoires qui peuvent accompagner l'exécution de l'une et l'autre méthode sont nuls. Les accidents post-opératoires relèvent de

(1) Je [illegible]

l'infection. Leur inconvénient majeur sinon unique réside dans les difficultés que les pertes de substance, les cicatrices apportent à l'exécution de la réfection ultérieure.

Résultats. — Ils sont excellents à tous points de vue quand le chirurgien a réussi.

Indications. — On doit opérer les hypospades toutes les fois que la difformité est assez notable pour apporter un obstacle à la fécondation ou à la vie sociale. En général, quand l'orifice uréthral siège sensiblement en arrière du gland, il faut opérer; on peut s'en abstenir s'il se trouve à moins de 0,02 de l'extrémité de la verge. Même dans ce dernier cas, on examinera l'état du méat, et, si, comme il arrive fréquemment, il était très étroit, on n'hésiterait pas à le débrider: on comprendra aisément qu'avec un orifice très fin l'évacuation se fait dans des conditions très défectueuses au point de vue de la fécondation.

2° *Uréthroplastie pour épispadias.* — Dieffenbach, en 1837, inaugurant le traitement chirurgical de l'épispadias, ouvre les bords de la gouttière uréthrale et suture: il échoue à cause de l'infection. Blandin l'imita sans plus de succès. Actuellement, on a le choix entre trois méthodes différentes : celles de Nélaton (et Dolbeau); celle de Thiersch; celle de Duplay. Dans tous les cas, il est bon de retenir le principe de Thiersch et de Duplay d'opérer par séances successives et multipliées.

Procédé Nélaton-Dolbeau. — Nélaton (1832) recourut à l'autoplastie. Dans une première opération, il tailla au-devant du pubis, un lambeau large comme la verge, un peu plus long qu'elle, et dont le pédicule s'insérait au-dessus de l'orifice actuel de l'urèthre. Puis il fit deux incisions longitudinales à l'union de la peau du pénis et de la muqueuse de la gouttière uréthrale; il les réunit à leurs deux extrémités par une incision transversale et disséqua de la sorte deux lambeaux de 15 millimètres de largeur. Alors il rabattit le lambeau prépubien, la face cutanée regardant l'urèthre, et sur sa face cruentée, il tira les deux lambeaux latéraux. Deux incisions libératrices longitudinales tracées sur la face supérieure de la verge mobilisaient et détendaient les deux lambeaux cutanés et latéraux. Le second procédé de Nélaton, celui de Dolbeau dérivent du précédent. On trace un mince lambeau abdomino-prébubien. De chaque côté de la verge on fait une incision longitudinale dont les bords sont disséqués sur quelques millimètres. A la lèvre supérieure des points de suture rattachent de chaque côté le bord correspondant du lambeau prépubien. Ainsi, la face dorsale, cruentée de ce dernier n'est pas recouverte comme dans la précédente opération. Au moyen de deux incisions parallèles, transversales, un peu concaves en haut et en arrière, tracées l'une dans le sillon péno-scrotal, l'autre à une distance convenable en bas, on taille un pont cutané décollé du scrotum. Sous ce pont on fait passer la verge, de telle sorte que la surface cruentée du pont scrotal recouvre la face supérieure également cruentée du lambeau prépubien. Les bords des deux lambeaux sont appliqués par des sutures.

Actuellement on pourrait simplifier les opérations de Nélaton. Il semble inutile de recourir au pont scrotal, grâce aux ressources qu'offre le greffe dermo-épidermique d'Ollier. Quelques larges lambeaux taillés convenablement suffiront pour épidermiser rapidement et définitivement la face supérieure du lambeau abdomino-pubien.

2° *Procédé de Thiersch.* — Le voici tel qu'il est décrit dans le *Traité de Pathologie externe* de Kœnig (par Maas, de Fribourg).

Premier temps. — Il consiste dans la transformation de la gouttière balanique en un conduit venant s'ouvrir au sommet du gland. Des deux côtés de la gouttière, on fait des incisions parallèles, non pas perpendiculaires, mais convergentes à angle aigu, et intéressant les trois quarts de l'épaisseur du gland. Puis, en dehors de chacune des incisions longitudinales, on avive une zone de la surface du gland, on attire les deux lambeaux latéraux sur la portion cunéiforme, et on les réunit au-dessus de la gouttière du gland par deux ou trois sutures entortillées.

Deuxième temps. — Il consiste à convertir la gouttière pénienne en un conduit. Dans ce but, on taille le long de la gouttière deux lambeaux rectangulaires. L'un des deux a sa base le long de la gouttière pénienne et l'autre sur les côtés du pénis. Le premier lambeau est renversé de manière que sa face épidermique regarde la gouttière pénienne. Quant au second lambeau, il est attiré au-dessus du premier, de manière que les deux surfaces saignantes se couvrent. Les deux lambeaux sont ensuite réunis par des sutures.

Troisième temps. — Il consiste dans la réunion des portions balaniques et péniennes du nouveau conduit. Pour recouvrir la fissure existant entre ces deux portions, on avive les bords de l'orifice; puis on tend le prépuce, et on pratique au milieu de sa hauteur une incision transversale à travers toute son épaisseur, de manière à avoir une ouverture assez grande pour laisser passer le gland. Enfin, on sépare suffisamment les deux feuillets de prépuce pour que l'un d'eux puisse être fixé par des sutures au lambeau recouvrant la gouttière du pénis, et l'autre à la couronne du gland.

Quatrième temps. — C'est la fermeture de l'ouverture infundibuliforme de la vessie. Elle est également exécutée à l'aide des deux lambeaux qui se recouvrent. Le premier lambeau a sa base au niveau de la partie gauche de la demi-circonférence supérieure de l'infundibulum; puis il est renversé de haut en bas, de façon que sa face épidermique regarde l'ouverture, tandis que son bord libre est réuni par des sutures avec le lambeau avivé recouvrant la gouttière du pénis. Le second lambeau a la forme d'un quadrilatère allongé à base située dans la région du canal inguinal droit et sert à recouvrir le premier lambeau. Dans la technique ancienne de Tiersch, les pertes de substances des téguments abdominaux guérissaient par voie de granulation; il paraitra évidemment bien préférable de les couvrir de suite avec des lambeaux de greffes d'Ollier. Maas fait remarquer que ce dernier temps, la fermeture de l'infundibulum, pourrait être obtenu à l'aide d'un simple lambeau semblable du lambeau prépubien de Nélaton; cette réflexion parait très judicieuse.

3° *Procédé de Duplay.* — Duplay maintient ce principe posé par Thiersch qu'il faut procéder par opérations successives convenablement espacées. Voici comment il expose sa manière de faire.

Premier temps. — Redressement de la verge. Il est parfois difficile d'obtenir un allongement et un redressement parfait de la verge en raison de l'atrophie considérable des corps caverneux à leur partie supérieure. On s'efforce autant que possible de remplir cette indication à l'aide de sections simples ou multiples pénétrant plus ou moins profondément dans les corps caverneux au voisinage du pubis. Duplay a vu d'ailleurs que ce redressement même incomplet au début s'effectuait plus tard par suite du développement des organes génitaux.

Deuxième temps. — Création du nouveau canal depuis l'extrémité du gland jusqu'au voisinage de l'ouverture épispadienne. Duplay ne taille pas de lambeaux, et reforme à peu près exclusivement le canal aux dépens des corps caverneux et spongieux de la verge.

Chez les épispades, en effet, les corps caverneux sont réunis par une cloison fibreuse souvent peu épaisse doublée du bulbe de l'urèthre et de la peau. En déprimant cette cloison de haut en bas, on voit les corps caverneux s'incliner l'un vers l'autre et constituer une fente plus ou moins profonde capable de loger une sonde et toute disposée pour former un véritable canal par la réunion au-dessus de la sonde des bords supérieures de cette fente. Si la profondeur de celle-ci paraît insuffisante, une incision pratiquée sur la ligne médiane permet de l'augmenter au point convenable. Cela fait, on pratique à la face supérieure de la verge, de chaque côté de la ligne médiane et à une distance suffisante de cette ligne un avivement de forme quadrilatère, large de un demi centimètre environ, s'étendant de l'extrémité du gland jusqu'au voisinage de l'ouverture épispadienne. On obtient ensuite l'adossement parfait des surfaces avivées à l'aide de la suture enchevillée à simple fil qui a été décrite à propos de l'hypospadias.

Duplay associe d'ordinaire la restauration du segment balanique de l'urèthre au redressement de la verge, de telle sorte que, pendant le second temps, il n'a à s'occuper que de la réparation de la portion pénienne du canal depuis la base du gland jusqu'au niveau de l'ouverture épispadienne. Duplay, comme Nélaton, conseille de mettre une sonde à demeure passant à travers l'ouverture épispadienne ; cette manière de faire est évidemment préférable à la fistule urinaire périnéale de dérivation conseillée par Thiersch. A ce moment, le prépuce constitue à la face inférieure de la verge une sorte de prolongement cutané disgracieux ; d'autre part, après la confection du nouveau canal, la peau de la face dorsale est extrêmement mince, et offre une coloration rosée se rapprochant de celle de la muqueuse et d'un effet désagréable. Pour obvier à ces inconvénients, après avoir avivé dans une étendue convenable la face supérieure des corps caverneux, on pratique dans l'épaisseur du prépuce et à la base du gland une large boutonnière à travers laquelle ont fait passer ce dernier ; puis les 2 lames du prépuce étant séparées par la dissection sont appliquées sur la couronne du gland pour fixer le prépuce dans cette nouvelle situation.

Troisième temps. — *Abouchement des 2 portions du canal.* — Duplay le pratique sans tailler aucun lambeau. Il se contente de faire un très large avivement qu'il poursuit aussi loin que possible sur les parois de l'infundibulum, puis d'adosser les surfaces opposées à l'aide de quelques points de suture enchevillée.

Résultats. — Il n'y a guère d'accidents à redouter autres que la porte de quelques fragments de peau, au cas où celle-ci se sphacèlerait sous l'influence de l'infection. Les résultats passables après la méthode de Nélaton, bons après celle de Thiersch, seraient excellents chez les opérés de Duplay. Ces derniers voient en effet disparaître l'incontinence d'urine, et la fonction génitale est susceptible de revenir à la normale.

Indications. — Dans le présent paragraphe, nous ne nous sommes occupés que de l'épispadias *pur*. Il arrive que l'épispadias s'accompagne de disposition du pubis, avec interruption du sphincter et incontinence absolue des urines ; nous renvoyons également le lecteur à l'étude des interventions pour exstrophie vésicale (1). L'épispadias n'est pas fréquent, mais il exige l'intervention à cause des inconvénients et de la laideur de la difformité ; cette dernière est toujours assez étendue, et exige d'autant plus énergiquement les soins des chirurgiens. Il semble que, parmi les trois procédés indiqués, celui de Duplay soit de beaucoup le meilleur, surtout parce qu'il rend à l'urèthre une rigidité érectile que ni les lambeaux de Nélaton, ni ceux de Thiersch ne peuvent lui conférer. C'est donc à lui que nous conseillons d'avoir recours. Il est d'ailleurs évident que des considérations souveraines peuvent naître de l'état des parties et entraîner des modifications plus ou moins profondes de l'une ou l'autre des méthodes opératoires.

Restauration de l'urèthre.

Les opérateurs ont à plusieurs reprises essayé de refaire de toutes pièces un canal uréthral, là où il était complètement aboli sur une étendue trop longue pour qu'une uréthroplastie ordinaire quelconque pût remédier aux désordres. Des méthodes indiquées, la première en date est celle de Bourguet (d'Aix), qui est l'initiateur de cet ordre d'idées. Bourguet conseillait une uréthrotomie, une voie nouvelle collatérale, et en formulait le principe comme il suit : « Quand on ne peut pas franchir un rétrécissement, on peut passer à côté, faire une voie nouvelle collatérale et plus ou moins parallèle sans se préoccuper du rétrécissement qui reste alors sur un des côtés de la plaie. » L'idée est très chirurgicale ; mais difficilement réalisable à cause de la nécessité de trouver ou de faire de l'épiderme pour tapisser le nouveau canal. Nous n'avons actuellement qu'à la rappeler pour mémoire. Il est évident que dans l'avenir, c'est une greffe qui en constituera le temps essentiel. Il n'y a pas possibilité d'appliquer la méthode italienne. Peut-être les lambeaux de la méthode indienne pourront-ils rendre des services, aux moins dans certains cas. Mais ce sont les greffes épidermiques et dermo-épidermiques qui ont des chances d'entrer dans la pratique. Je pense qu'il faudra de toute nécessité recourir à la greffe autoplastique, c'est-à-dire à des lambeaux empruntés au porteur. M. Sapiejko a réussi en utilisant des lambeaux de muqueuse labiale. La question est encore à l'étude et mérite tout l'intérêt des chirurgiens et des expérimentateurs. Il est cependant probable qu'elle fera d'assez lents progrès parce que les occasions de faire des tentatives dans ce genre sont bien exceptionnelles : il est du reste évident que tout le terrain gagné par ces opérations le sera aux dépens de l'uréthrostomie périnéale.

III. — Opérations pour pertes de substance. Fistules uréthrales.

Les fistules de l'urèthre sont beaucoup moins fréquentes qu'autrefois. Cependant on en rencontre encore quelquefois. Leur traitement est difficile et délicat et varie considérablement suivant les cas. Cependant avant d'entrer dans le détail des procédés opératoires qui ont été inventés à leur intention, disons quelques mots sur les traitements qui peuvent leur être communs. En général, ils n'ont rien d'opératoire. D'abord, il est un certain nombre de ces fistulettes qui s'oblitèrent fort bien spontanément : ce sont précisé-

1. Nous devons cependant rappeler ici que [illegible] a réussi à reconstituer le col vésical dans un cas d'épispadias péno-pubien avec incontinence d'urine ; il commença par faire la symphyséotomie (Cf. *Congrès de Chirurgie*, 1895).

ment les plus fréquentes, c'est-à-dire qui siègent à la partie antérieure du pénis, près du gland, et qui succèdent d'ordinaire à des folliculites blennorragiques abcédées. D'autres fois, il est nécessaire de les cautériser; il suffit alors d'introduire un fil fin de galvanocautère dans toute la longueur du trajet et de l'élever au rouge pendant quelques secondes. Les anciens chirurgiens les incisaient quelquefois, mais sans grand succès. Bonnet avait érigé en traitement l'incision des fistules périnéales et leur cautérisation au fer rouge, suivies de la restauration du calibre du canal; cette manière de faire doit être abandonnée. On a beaucoup utilisé la sonde à demeure qui nous paraît souvent peu applicable et infructueuse. La simple suture de l'orifice cutané avec ou sans sonde à demeure est un procédé inférieur à ceux que nous exposerons. Les chirurgiens du XVIIIe siècle avaient recommandé la dérivation de l'urine par une boutonnière uréthrale. M. Loumeau a employé avec succès la cystostomie sous-pubienne temporaire dans le même but; ce ne sont que des opérations préliminaires, car les fistules qui les peuvent exiger seront sans doute trop étendues pour ne pas exiger en même temps d'opération plastique. D'autre part, on ne peut oublier qu'elles-mêmes ont quelques chances de laisser pour leur part des orifices fistuleux difficiles à oblitérer.

Quoi qu'il en soit de ce qui précède, il faut retenir l'usage de la sonde et l'établissement d'une dérivation temporaire de l'urine; mais l'une et l'autre opération ne peuvent et ne doivent être considérées que comme des interventions complémentaires des procédés plastiques que nous allons décrire. Il est d'ailleurs entendu que nous allons donner des exemples et non des règles; en matières d'autoplastie, l'ingéniosité et la personnalité du chirurgien passent toujours en première ligne.

Nous nous occuperons successivement : 1° des fistules péniennes; 2° des fistules scrotales; 3° des fistules périnéales; 4° des fistules rectales.

1° *Fistules péniennes.* — Les procédés opératoires sont extrêmement nombreux et assez variés. Dieffenbach en a laissé plusieurs. (Cf. Voillemier et Le Dentu).

Tantôt, on peut après avivement, disséquer la peau en lambeau circulaire qu'on rapproche latéralement, après avoir fait des incisions libératrices sur les côtés de la verge; tantôt on a taillé des lambeaux latéraux au moyen de deux incisions transversales réunies par une perpendiculaire médiane. Une fois, Dieffenbach tailla, après avivement convenable, deux lambeaux latéraux, en pont, lambeaux pédiculisés en avant et arrière, mobilisés complètement sur les corps caverneux, et ramenés au contact sur la ligne médiane correspondante à la fistule.

Nélaton dans un cas bien connu, fit au contraire deux incisions transversales assez longues, après avivement, bien entendu. Puis il décolla la peau dans toute l'étendue comprise entre les deux incisions, formant ainsi une autre espèce de pont, fenêtré en son milieu par la fistule et largement pédiculisé sur les côtés de la verge. Il rapprocha sur des épingles, et se procura ainsi une large surface de contact.

Voillemier, après avivement large, passait des épingles assez profondément, de manière que, une fois la peau rapprochée et réunie, la muqueuse uréthrale se trouvât en contact et rebroussée en dedans.

C'est en se servant de ces différents procédés que Rochet arrive à formuler le manuel opératoire comme il suit, et assez heureusement, nous semble-t-il.

Premier temps.—Avivement du pourtour de l'orifice cutané sur une largeur de 5 à 6 millimètres, l'avivement prenant ainsi avec l'orifice uréthral qui en forme le fond, un aspect légèrement infundibuliforme.

Deuxième temps. — Dissection de deux petits lambeaux latéraux sur les côtés de l'avivement, lambeaux larges eux-mêmes de quatre à cinq millimètres. Ces lambeaux sont formés par des incisions transversales faites au-dessus et au-dessous de la fistule avivée et tangentes à cette dernière.

Troisième temps. — Affrontement des surfaces avivées. On commence par ramener au contact les bords de l'urèthre par des sutures à points perdus, prenant trois à quatre millimètres d'avivement sur les côtés de la muqueuse uréthrale, mais restant juste en dehors de cette muqueuse qui ira se rebrousser dans le canal lors du resserrement des fils.

Quatrième temps. — Rapprochement des lambeaux latéraux par leurs faces cruentées. Pour cela, se servir de deux ou trois fils métalliques passés à la base des lambeaux et serrés avec de petits tubes de Galli. On terminera par des sutures superficielles du bord libre de la crête formée par des lambeaux adossés.

Soins post-opératoires. — Ils doivent tendre à ce que l'urine ne vienne pas au contact de la plaie endo-uréthrale, car elle ne manquerait guère de s'infiltrer et d'empêcher la réunion. On utilise soit la sonde à demeure, soit les cathétérismes répétés; mais il faut se souvenir que généralement le calibre uréthral se trouve diminué par ces uréthrorraphies et que le cathétérisme est d'autant plus difficile et nécessite de petites sondes. Cependant ces moyens doivent être utilisés; en effet, les fistules justiciables des précédents traitements ne sont pas à classer parmi les formes graves, et il ne paraît pas nécessaire de recourir, surtout d'emblée, à la fistulisation en amont soit de l'urèthre, soit de la vessie. On n'y aura recours qu'en cas d'échecs répétés et d'absolue nécessité.

J'ajoute qu'il faut ultérieurement surveiller le calibre de l'urèthre, et, s'il est nécessaire, le rétablir par l'uréthrotomie interne de la paroi supérieure. On peut même se demander si cette dernière ne pourrait et ne devrait pas constituer souvent le premier temps de l'uréthrorraphie; elle donnerait précisément à la muqueuse uréthrale la liberté et la mobilité nécessaire pour son bon affrontement sur sa ligne d'avivement fistulaire. Mais je ne l'ai jamais faite, et je ne sache pas que d'autres y aient eu recours jusqu'à présent.

Indications. — Les précédentes interventions suffisent à guérir le plus grand nombre de fistules, celles qui ne sont pas trop larges, dont le voisinage est dans un état satisfaisant, celles qui n'ont pas encore fourni des échecs au chirurgien. Mais il en est quelques-unes qui exigent des procédés plus complexes et de véritables autoplasties.

Autoplasties. — Les procédés employés sont extrêmement nombreux. A. Cooper prit un lambeau scrotal, et Delpech suivit son exemple. Une autre fois, Delpech tailla un lambeau pénien, en avant de la fistule sur laquelle il le rabattit. Arland tailla un premier lambeau scrotal sur lequel il en fit arriver un second antérieur et pénien. Alliot tailla un lambeau latéral. Dieffenbach utilisa le prépuce. Delpech alla jusqu'à emprunter de la peau au pli de l'aine. Je ne crois pas qu'il soit possible de donner des règles quelconques en pareille matière.

2° *Fistules scrotales*; 3° *fistules périnéales.* — Il n'est guère possible de séparer l'étude de ces deux variétés. D'ordinaire, elles coexistent; d'autre part, pres-

que toutes sont dues à des accidents infectieux anciens partis de l'urèthre. Elles s'accompagnent donc en règle générale de callosités, d'infiltrations périnéales anciennes, etc. Souvent elles sont multiples, suppurantes et représentent l'issue de trajets tortueux et compliqués. A proprement parler, il n'existe pas de traitement opératoire de ces lésions; leur traitement, c'est d'abord et avant tout celui de la lésion uréthrale qui en est l'origine. D'excellents chirurgiens ont réussi facilement à tarir des fistules périnéales rien qu'en rétablissant le canal par l'uréthrotomie interne. Je ne puis recommander cette manière de faire. Il me semble beaucoup plus chirurgical de recourir, soit à l'uréthrotomie interne périnéale, soit à l'uréthrotomie externe habituelle, soit à l'uréthrectomie partielle. S'il n'y a pas trop de tissus indurés et infectés dans le bloc périnéal, l'uréthrotomie interne périnéale ou l'uréthrotomie externe suffisent le plus souvent; encore faut il y joindre un débridement, un curettage et une désinfection soignée de chacun des clapiers. Si, comme il est de règle, les fistules s'accompagnent de callosités, le mieux est d'extiper tous les tissus malades; on est ainsi conduit à exécuter des uréthrectomies partielles sur lesquelles nous avons suffisamment insisté pour être dispensé d'y revenir. Il faut cependant mettre à part les fistules qui succèdent très rarement à l'uréthrotomie externe ou à l'uréthrectomie, plus souvent à l'une quelconque des tailles périnéales. Ces fistules sont très tenaces. Le curettage, la cautérisation sont les premiers moyens à utiliser. Puis, la sonde à demeure. Si l'on recourt à cette dernière, il faut avoir soin d'irriter ou d'aviver les bords de la fistule; il est nécessaire d'interrompre toute continuité entre la peau et la muqueuse en les mobilisant l'une sur l'autre. Il est évident qu'on peut faire dériver des notions précédemment fournies les renseignements suffisants pour exécuter, le cas échéant, des tentatives d'autoplasties, ou simplement d'uréthroplasties combinées ou non à l'uréthrotomie interne. C'est précisément dans ces cas que l'établissement préalable d'une cystotomie sous-pubienne a rendu les meilleurs services (Loumeau).

4° *Fistules uréthro-rectales.* — Les fistules uréthro-rectales sont rares et fort difficiles à guérir. On a conseillé de les opérer par le rectum; à travers un spéculum introduit dans l'anus, on arrive et on suture. Duplay avait même taillé et rabattu un lambeau de muqueuse rectale. Les échecs sont fréquents et cela n'a rien pour nous étonner. Desault coupait le sphincter externe de l'anus, afin que les matières s'écoulassent librement; procédé brutal et infidèle. A. Cooper avait eu l'idée très chirurgicale d'intervenir par le périnée; il interrompait le trajet et drainait. Il nous paraît que le principe même des traitements opératoires des fistules uréthro-rectales doit résider dans l'incision large du périnée, la recherche et le drainage du trajet. Cette manière de faire est d'autant plus indiquée qu'il existe le plus souvent entre le rectum et l'urèthre des foyers d'infections, vieux abcès, etc. On pourra donc agir comme il suit : 1° Incision transversale large du périnée, à deux centimètres en avant de l'anus. 2° Dissection. Recherche et découverte du trajet. Ce dernier est extirpé et suivi de chaque côté, et en particulier du coté du rectum. 3° Avivement et oblitération de la perte de substance rectale. 4° Drainage du périnée.

Ziembicki conseille d'opérer comme suit :

1° Incision circulaire entourant l'anus, et sur laquelle tombe une incision antero-postérieure allant en arrière de l'anus au coccyx, en avant le long du raphé périnéal; 2° Dissection et libération du rectum jusqu'au niveau supérieur au siège de l'orifice fistuleux; 3° Avivement et suture de chacun des orifices uréthral et rectal; 4° On imprime ensuite une certaine torsion au rectum pour déplacer l'un sur l'autre les orifices suturés et on fixe le rectum dans cette nouvelle situation.

Le procédé de Ziembicki est ingénieux, mais peut-être la torsion du rectum est-elle inutile, surtout si l'avivement rectal et urethral, le premier surtout, ont été exécutés d'une manière satisfaisante.

Uréthrostomie.

On appelle uréthrostomie l'opération qui a pour but de créer sur le parcours même de l'urèthre un méat artificiel tel que l'urine ne passe plus dans le segment du canal qui se trouve en avant.

L'uréthrostomie peut être temporaire ou définitive. Temporaire, le méat uréthral contre nature a surtout pour but de créer une dérivation de l'urine telle que celle-ci n'arrive plus au contact d'un champ opératoire. Ainsi Thiersch avait proposé l'établissement d'un méat périnéal avant l'entreprise de la restauration de l'urèthre hypo ou épispade.

L'uréthrostomie définitive elle-même peut se pratiquer dans des conditions très différentes; tantôt elle constitue le premier temps de l'ablation du pénis, de l'émasculation partielle et totale. Tantôt au contraire elle représente à elle seule une intervention bien déterminée. Dans ce chapitre, nous laissons de côté la section et l'abouchement de l'urèthre à la peau du périnée tels que plusieurs chirurgiens les pratiquent dans les émasculations. Nous avons seulement en vue l'uréthrostomie périnéale pure, celle qui a pour but la création méthodique d'un méat périnéal qui annule, sans extirpation, toute la partie antérieure de l'urèthre. Cette opération dont les indications sont du reste assez exceptionnelles est due à A. Poncet (de Lyon) et nous la décrivons d'après le texte de son article des *Archives provinciales de Chirurgie* (février 1895).

Préopération. — Préparatifs, instruments, aides comme pour l'uréthrotomie externe. Anesthésie.

Opération. — Premier temps. — Comme pour l'uréthrotomie externe, ou mieux comme pour l'uréthrectomie partielle. En effet, étant données les indications toutes spéciales de l'opération, on a souvent à traverser une couche plus ou moins épaisse de tissus scléreux pour arriver à découvrir l'urèthre, et en particulier le rétrécissement même. Il faut disséquer et isoler ce dernier afin de pouvoir se rendre un compte exact du niveau auquel portera la section transversale de l'urèthre. S'il existe des callosités périnéales on les enlève avec les pinces et les ciseaux; on râcle les fistules, etc.

Deuxième temps. — L'urèthre et le rétrécissement sont découverts et reconnus. On incise le canal perpendiculairement à sa direction, cette incision porte autant que possible immédiatement en arrière de la sténose et va jusqu aux corps caverneux. Dans certains cas, le rétrécissement est très rapproché de la prostate, trop pour laisser une longueur suffisante d'urèthre postérieur; il faut alors couper le canal soit en plein rétrécissement, soit en avant de lui. En tout état de choses, il faut se garder un segment postérieur assez long pour être aisément suturé avec l'angle inférieur de la plaie périnéale.

Troisième temps. — On dissèque le bout postérieur sur une hauteur de 10 à 12 millimètres. De plus, pour éviter le rétrécissement progressif du nouveau méat,

il est bon d'inciser sur une hauteur de 8 à 10 milimètres au moins la paroi inférieure du bout postérieur, comme après l'amputation du pénis. Hémostase.

Quatrième temps. — Suture du nouveau méat à la peau On a dit qu'on fixait le bout postérieur à l'angle inférieur de la plaie périnéale. Les fils disposés en étoile réunissent la muqueuse à l'épiderme; ils sont d'ordinaire au nombre de 6 et Poncet préfère utiliser les fils métalliques fins.

Reste le bout antérieur. On peut le laisser abandonné dans la plaie. Mais si l'uréthrostomie est définitive, il nous paraît bien préférable de le fermer par un double plan de suture en croix, affrontant l'un la muqueuse, l'autre la gaine spongieuse.

En général, étant donné l'infection préalable du périnée, Poncet laisse la plaie périnéale ouverte, tamponnée avec de gaze iodoformée. Enfin, on met une sonde à demeure (Malécot ou Pezzer) dont l'extrémité libre traverse le pansement.

Soins post-opératoires. — Si on ne peut laisser de sonde à demeure, on pratiquera 3 ou 4 fois par vingt-quatre heures le cathétérisme nécessaire; il ne présente aucune difficulté et doit être exécuté avec précautions. On enlève les fils du huitième au dixième jour. Si la plaie n'a pas été réunie, la cicatrisation par granulation demande de 5 à 6 semaines. Si la réunion a lieu par première intention, la guérison peut être complète du quinzième au vingtième jour. Dans le cas où la réparation s'opère par granulation, il sera possible d'abréger la période de réparation en cherchant une réunion par seconde intention lorsque la plaie se sera détergée et couverte de bons bourgeons charnus.

Indications.— L'uréthrostomie telle qu'elle est comprise par A. Poncet est une opération de nécessité indiquée dans les cas de rétrécissements incurables par tout autre moyen, dans les faits de destruction étendue et irréparable du canal. Il me paraît qu'elle rendra des services quand les tumeurs de l'urèthre auront exigé l'ablation d'une grande étendue du canal. L'uréthrostomie oblige le malade à uriner dans la position accroupie, et d'autre part, elle annihile la fécondité, mais elle n'altère point la contention de l'urine, et d'autre part le coït s'effectue encore; elle peut donc assurément rendre des services très appréciables dans les conditions que nous venons d'indiquer.

Médecin Sénateur. — A l'élection sénatoriale du 9 janvier 1898, dans la Dordogne, au 1er tour de scrutin, M. Theulier, député républicain radical, a eu 432 voix; M. le Dr Pozzi, membre de l'Académie de Médecine, républicain. 295; M. de Boysson, droite. 176, M. Guillier, avocat, maire de Périgueux, 137, M. Chavoix, député républicain, 101; d'où ballottage. — Au 2e tour de scrutin (sur inscrits: 1.153 et votants: 1.147), M. Theulier, député républicain radical, a eu 473 voix; M. le Dr Pozzi, membre l'Académie de Médecine, républicain, 334; M. Guillier, maire de Périgueux, républicain, 201; M. de Boysson, conserv., 134; encore ballottage. — Au 3e tour, M. le Dr Pozzi, a obtenu 575 voix et a été élu. M. Theulier a eu 546 voix et M. de Boysson, 15.— Il s'agissait de remplacer M. le Dr Gadaud, républicain, sénateur depuis 1891 décédé le 29 octobre dernier. En 1894, M. le Dr Gadaud avait été élu sénateur, au premier tour, par 954 voix sur 1.151 votants — Tous nos compliments à notre collaborateur et ami, M. Pozzi

Un Étudiant en Médecine pendu. — On a pendu cette semaine, à San-Francisco, Theodore Durrant, l'étudiant en médecine qui avait assassiné, en 1895, deux jeunes filles dont il avait caché le corps dans une église de la ville. Les défenseurs de l'accusé ont épuisé toutes les ressources et tous les délais possibles pour sauver leur client contre lequel quatre sentences de mort ont été successivement rendus. Les avocats ont fait un dernier effort auprès de la Cour suprême des États-Unis, qui a rejetée la demande de sursis.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La fièvre typhoïde à Castres. — Responsabilités de la Municipalité. — Un moyen de combattre l'alcoolisme.

Les journaux politiques et de médecine, dans ces dernières semaines, ont entretenu leurs lecteurs d'une épidémie de fièvre typhoïde très grave par le nombre des cas et la proportion des décès, qui sévit à Castres, à la fois sur la population civile et la population militaire. Nous compléterons aujourd'hui les renseignements que nous avons donnés dans le n° 1 de cette année (p. 15) et dans ce numéro même (p. 47).

La fièvre typhoïde règne depuis longtemps à l'état endémique à Castres. Elle a revêtu le caractère épidémique en 1896 et surtout en 1897 où l'on a compté 287 cas connus et 48 décès. Nous disons *connus*, car, si l'autorité militaire signale exactement les cas et leur terminaison, il n'en est pas malheureusement de même dans la pratique civile. Ces épidémies tiennent aux mauvaises conditions hygiéniques de la ville et à la mauvaise qualité de ses eaux d'alimentation.

Les promenades, les ruisseaux, les trottoirs servent de défécatoirs; les fosses d'aisances, en très grande majorité, sont à fond perdu. Le captage des eaux, leur canalisation, sont tout à fait défectueux. Leur filtrage est illusoire. Les conduites d'eau, en certains endroits, traversent les égouts, et les précautions pour empêcher les infiltrations d'eau d'égout sont insuffisantes. Le nettoyage des bassins de captage et de la canalisation d'eau potable s'opère dans de mauvaises conditions. Un couvent, le couvent bleu, composé d'un pensionnat, alimenté spécialement en eau de source, et d'un refuge alimenté par l'eau de la ville, n'a pas eu un seul cas de fièvre typhoïde au pensionnat et en a eu, avec décès, au refuge, comparaison démonstrative.

Tous ces faits mettent en évidence l'origine hydrique de l'épidémie de Castres. Le sous-préfet, M. Rosapelly, a fait tous ses efforts pour éclairer la Municipalité et le Conseil d'hygiène et a insisté sur les mesures à prendre. Il a échoué devant l'ignorance ou le parti-pris. Le corps de santé militaire a pris des mesures énergiques, appuyé par l'inspecteur général, M. Dujardin-Beaumetz, pour combattre l'épidémie parmi les hommes des deux régiments d'artillerie en garnison à Castres. Les hommes ne boivent que de l'eau bouillie et filtrée. Les filtres sont surveillés avec le plus grand soin. Il a été interdit aux hommes de boire de l'eau en ville, d'aller dans les cabarets et les cafés dont les gendarmes font la visite. Tout homme qui désobéit a quinze jours de prison. « Nous sommes les maîtres de la situation par nos gendarmes et les punitions. »

Ces mesures — qu'on ne peut pas appliquer aux civils — ont enrayé l'épidémie parmi les militaires, et il n'y a pas eu de nouveaux cas, en dehors de ceux qui, auparavant, étaient à la période d'incubation. Cet heureux résultat n'a pas été obtenu sans les protestations des cabaretiers, des débitants, des cafetiers, etc., furieux de l'ostracisme dont leurs maisons ont été l'objet, et nous ne serions pas surpris de voir une interpellation à la Chambre à ce sujet. Nous sommes curieux de voir

si l'intérêt de l'hygiène et de la santé publique l'emportera sur des intérêts privés, associés à des intérêts électoraux. En tout cas, relevons les conséquences de ces mesures à un autre point de vue, la suspension de l'alcoolisation des soldats.

Les pétitionnaires ont mieux à faire; c'est de mettre la municipalité et le Conseil municipal en demeure d'approvisionner leur ville en *eau de source* et de prendre toutes les mesures indispensables pour assurer la *propreté* de la ville, et de la doter d'un système d'égouts convenables, de ne plus polluer la rivière et de se débarrasser de ses eaux d'égout en recourant à l'épuration par le sol avec utilisation agricole et horticole. En opérant ces réformes, on économisera chaque année un grand nombre de vies humaines.

BOURNEVILLE.

L'Ordre des Médecins.

Il n'est jamais trop tard pour bien faire ou pour combattre une mauvaise cause. Parlons donc à nouveau de l'*Ordre des Médecins*, question périodiquement soulevée, reprise ces temps derniers, et sur le point de s'effondrer à nouveau, comme par le passé.

Je n'ai pas à définir ce que ces mots veulent dire: chacun sait quel est leur sens précis; et, d'ailleurs, il n'y a qu'à regarder un Avocat, discourant au palais ou discutant dans son cabinet avec un client, pour en avoir une idée très nette.

Il y a un argument que mettent constamment en avant les défenseurs de ce système bizarre de protection du médecin. C'est celui qui consiste à dire que la médecine est dans le marasme et qu'il faut à tout prix la remonter par l'administration de ce tonique merveilleux. M. le Dr Lasalle, un des champions les plus en voix de l'Ordre des Médecins, et qui me paraît un peu orfèvre, ne s'écrie-t-il pas, dans le dernier numéro du *Bulletin officiel des Syndicats médicaux de France*: « Plus d'équivoque, Messieurs; que nos contradicteurs aient la franchise de nous dire si oui ou non ils veulent comme nous le relèvement moral et matériel de la profession médicale! » Mon cher confrère et très vibrant ami, il ne s'agit pas de cela! Oui, tous, nous voulons autant que vous, sinon plus encore, *le relèvement matériel et moral de la profession médicale!* Mais nous vous répondons, sans équivoque, comme vous le demandez, que nous ne voulons pas de votre ours, si bien léché soit-il! Nous n'en voulons pas, tout simplement parce que la potion que vous désireriez nous faire avaler aurait des effets plus désastreux que le mal lui-même. Et nous ajoutons: nous préférons le *statu quo* à ce nouvel état de choses, en attendant d'avoir trouvé un remède vraiment efficace. Voilà qui est clair, n'est-ce pas?

A votre sens nos objections n'ont pas de portée. Evidemment, nous ne savons que raisonner, puisque l'expérience, — heureusement! — n'a pas encore été tentée. Mais, vraiment, on ne peut pourtant pas demander à tout le monde d'aller se noyer, pour voir si l'on est mieux mort que vivant. Pareil essai est trop dangereux. Il en serait de même de l'*Ordre des Médecins*. Lorsqu'on y serait entré, de force ou de plein gré, on ne pourrait plus facilement en sortir. Ne réclamez-vous pas: 1° l'*inscription obligatoire;* 2° la *sanction disciplinaire?* Réfléchissez-y encore davantage, mon cher confrère. Ces deux choses-là sont terribles, *terribles*, TERRIBLES, même en plein XIXe siècle. Il n'y a pas seulement que les *indignes* qu'on peut atteindre par ces deux procédés: il y a tous les *esprits originaux*, qui sortent des chemins frayés, qui vont hors des sentiers battus, tous ceux qui créent, qui sont les ouvriers du Progrès social et français!

Un seul exemple pris dans la profession. Avec l'Ordre des Médecins, vous empêcherez, quand vous voudrez, vous médecins de campagne, par conséquent incompétents, quoi que vous en pensiez, tout chirurgien de génie, sinon d'avoir une idée neuve, du moins de la mettre à exécution, de tenter une operation nouvelle; car cet homme sera, pieds et poings liés, entre vos mains! Je sais bien ce que vous allez répondre: « Vous exagérez! Jamais on ne s'en prendra aux praticiens pour ces tentatives hardies. » Je sais, pour mon compte, ce que vaut la bête humaine, et, que voulez-vous, je n'ai pas confiance en elle! J'ai, pour cela, trop de souvenirs en tête, y compris quelques fiches bibliographiques! A moins de distinguer entre chirurgiens et médecins? Mais le même raisonnement peut s'appliquer à un médicament nouveau, aussi bien qu'à une opération. Donc, votre cause est mauvaise, même pour les simples praticiens.

Vous comparez sans cesse médecins et avocats. Mais vous oubliez que les médecins doivent être *avant tout* des *hommes de progrès et de science*, des hommes d'*invention*, alors que l'avocat n'est qu'un «*parleur*», qu'un bon élève de rhétorique, s'efforçant de faire un discours en langue aussi française que possible. Il y a un monde entre les deux professions; et c'est ce qu'on ne saisit pas. Mais je ne m'étonne pas que vous, mon cher confrère, qui parlez si longtemps et si bien, plaidiez avec tant de talent la cause... des avocats. Seulement je pense que c'est au Palais que vous devriez agir et non pas devant les syndicats médicaux: vous vous trompez de porte et de salle. Lorsqu'on voudra supprimer l'Ordre des Avocats, j'engage leur bâtonnier à vous confier leur cause. Sans nul doute, vous gagnerez ce procès. Mais n'essayez pas de mettre un peu d'*Ordre* parmi les médecins! Vous n'y introduiriez, l'*invidia medicorum* aidant, croyez-moi, que beaucoup de *désordre*!

Marcel BAUDOUIN.

LES DÉCÈS EN FRANCE EN 1896. — Le nombre des décès survenus en 1896 est extrêmement faible; il ne s'élève qu'à 771 886. Depuis 1850, on en avait pas observé d'aussi bas. C'est donc un résultat exceptionnel, et qui, probablement, ne se renouvellera pas d'ici à quelque temps.

LES NAISSANCES EN FRANCE EN 1896. — La statistique de 1896 est, en apparence tout au moins, un peu moins désolante que celles des dernières années. Le nombre des naissances s'est élevé à 865.586, chiffre extrêmement faible, qui assigne à la France, pour cette année, une natalité de 23 naissances, plus exactement 22.7 pour 1.000 habitant, c'est-à-dire le plus faible qu'il soit possible d'observer dans aucune nation civilisée. La natalité moyenne de l'Europe est, en effet, de 38 naissances pour 1.000 habitants; et c'est en effet, le chiffre que l'on trouve pour l'Allemagne, l'Autriche, l'Italie, etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance publique annuelle.

Par suite du retard apporté dans la remise des rapports concernant les prix, l'Académie des sciences a tenu aujourd'hui seulement, c'est-à-dire avec un retard de plus d'un mois, sa séance publique annuelle.

Voici la liste des prix, qui intéressent nos lecteurs, et qu'à décernés l'Académie des Sciences.

Prix La Caze (physique) : M. Ph. Lénard (Rayons X). — Prix Montyon (statistique) : M. Gustave Bienaymé et les Drs Vincent et Burot. Mentions honorables : MM. les Drs Lepage et Baudron. — Prix Jecker : M. Haller, de Nancy. — Prix La Caze (chimie) : M. Paul Sabatier.— Prix Bordin : M. G. Prévot.— Prix Delesse : M. Œhlert. — Prix Montagne : M. Bourquelot. — Prix Thore : MM. Louis Bordas et Sappin-Trouffy. — Prix Montyon (médecine et chirurgie) : MM. Gaucher, Zambaco pacha, de Constantinople, Rémy et Contremoulins, les inventeurs de l'appareil chercheur de projectiles, Marie et Ribaut. Mentions : MM. Fabre-Domergue, Bosc, Vedel et Lapique. — Prix Bréant : MM. Buret et Legrand. Récompense : M. Emile Legrain. — Prix Godard : MM. Beauregard et Boulard. — Prix Béllion : MM. Péron et Auguste Petit. — Prix Mège : le Dr Tissié. — Prix Lallemand : MM. Henri Meunier et Gustave Durante. Mentions honorables : MM. Voisin, Onuf et Collins et Mercier. — Prix du baron Larrey : le Dr Autfret. — Prix Montyon (physiologie expérimentale) : M. Delzenne. Mention : M. Gourlin. — Prix La Caze (physiologie) : M. Rœntgen, le physicien allemand bien connu. — Prix Pourat : M. Kaufmann. — Prix Martin-Damourette : M. Guinard. — Prix Philipeaux (physiologie expérimentale) : MM. [illegible] et Gévon. — Prix Montyon (arts insalubres) : Mention de 1.000 fr. à M. Masure. Une mention de 500 fr. au Dr Arnaud. Une mention de 500 francs à feu le Dr Magitot. — Prix Tremont : M. Frémont.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 janvier 1898. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. PILLIET expose ses recherches sur le mode de formation des *calculs dans l'appendice*, [illegible] à part.

M. FÉRÉ a étudié le *réflexe fémoral croisé*, c'est-à-dire celui qui se produit dans la cuisse du côté opposé à celui qu'on excite. Il a constaté chez les hémiplégiques qu'il s'agissait là d'un phénomène [illegible] une excitabilité réflexe exagérée.

M. FÉRÉ. — Il est connu que, dans la mort brusque, on observe souvent des cas de conservation de l'attitude chez les individus frappés subitement. M. Féré a constaté la même persistance de l'attitude chez un chat qui était tenu en arrêt par un chien quand il fut tué d'un coup de feu à la tête.

M. GELLÉ. — Sur l'*excitation motrice qui se produit, chez les sourds-muets*, à la suite d'excitations du labyrinthe. — L'éducation méthodique des jeunes sourds-muets, telle qu'on la pratique [illegible] par les exercices acoustiques, détermine, chez les sujets [illegible] motrice généralisée intense, caractérisée par l'hyperexcitabilité, l'agitation et la turbulence qui contraste violemment avec l'attitude antérieure de l'enfant.

M. J. HOBBS (de Bordeaux) [illegible] qu'après avoir *traumatisé les reins* d'un [illegible] dans une des pattes une culture virulente de bacille pyocyanique, on obtient des dégénérescences [illegible] qu'elles ont été constatées dans les différentes [illegible] ou dans l'expérimentation directe sur [illegible].

MM. AUCHE et HOBBS de Bordeaux ont constaté que la *tuberculose humaine*, inoculée à un animal à sang froid, la grenouille, peut conserver sa virulence pendant une période de quarante à soixante jours ; mais elle va toujours en s'atténuant.

M. Albert DE MONACO résume les résultats d'une série de *recherches entreprises sur les tortues.* Aux Açores on trouve une variété de tortues identiques à celles qui se trouvent aux Antilles, sans qu'on puisse savoir comment elles sont venues dans les îles du milieu de l'Atlantique. On aurait pu penser qu'elles étaient transportées aux Açores par le *Gulf Stream*; mais les animaux de très petite taille que l'on rencontre aux îles démentent cette opinion.

Dans d'autres recherches, l'auteur a pu descendre des nasses jusqu'à 5.200 et 5.300 mètres de profondeur et ramener une variété de *poissons* ainsi que différents *crustacés* de genre et d'espèce inconnus en général.

M. DESGREZ a constaté que les animaux rendus réfractaires au bacille pyocyanique par les toxines l'*abaissement durée* qui suit l'injection des toxines disparaît au bout d'un certain temps sans que l'état réfractaire cesse.

M. E. CHABRIE décrit un appareil permettant de séparer quantitativement par distillation dans le vide des *liquides volatils et des solides fixes.*

M. GIARD décrit une *hydraire de la Manche*, qui vit sur les algues et produit tantôt des hydraires, tantôt des stolons, qui s'effilent sous l'influence des courants et déterminent des arborisations variées, lesquelles ne se produisent pas quand l'animal se développe en cristallisation en eau calme.

M. DASTRE décrit une *méthode de digestion papaïnique* pour isoler certaines substances de l'économie.

M. SIMONIN adresse une note sur le *diagnostic du bacille de la diphtérie.* On sait que le moineau a été proposé pour ce diagnostic. Le *calfat*, ou bouvreuil d'Asie, est encore plus sensible et succombe à l'inoculation du bacille et de ses formes aberrantes.

M. LAVERAN décrit une *myxosporidie* observée dans le rein de la tortue.

M. HAGOPOFF communique le résultat de ses études sur le *développement du ligament rond.* A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 janvier 1897.

L'électrolyse dans les rétrécissements.

M. FORT signale l'efficacité des courants continus faibles dans les rétrécissements de l'œsophage et de l'urètre.

Les sels d'argent en oculistique.

M. DARIER montre que les combinaisons organiques d'argent, le protargol, par exemple, composé de protéine et d'argent, ont les mêmes propriétés antiseptiques et sont moins tolérées par l'œil que les combinaisons minérales.

Lèpre et sérothérapie.

M. HALLOPEAU relate, sans avoir pu en vérifier l'efficacité, un traitement employé par M. Laverde dans la lèpre : l'injection de lépromes broyés avec de l'eau stérilisée.

Electrothérapie et neurasthénie.

Sous ce titre, M. APOSTOLI lit une note dont voici les principales conclusions : Parmi les neurasthéniques, il importe de distinguer les *hystériques* et les *arthritiques*, le traitement électrique variant avec l'une et l'autre forme. D'une façon générale, les applications partielles et localisées doivent céder le pas, surtout au début de la cure de la neurasthénie aux applications générales. Plus la neurasthénie se compliquera de troubles nerveux périphériques plus elle sera justiciable du mode électrique dont la localisation périphérique atteint le maximum de tension. Dans les formes arthritiques, au contraire, ce sont les courants de haute fréquence qui agiront le mieux (1).

(1) Nous publierons dans notre prochain numéro la communication *in extenso* de M. Vigouroux.

Elections.

Election d'un membre associé libre. — Les candidats présentés étaient : en première ligne, M. Perrier ; en deuxième ligne, M. Richer ; en troisième ligne, MM. Commenge, Corlieu, Galippe, Rivière ; adjoint à la présentation, M. Galezowski. Au premier tour de scrutin, M. Perrier a obtenu 31 suffrages ; M. Galippe, 15 ; M. Richer, 20 ; M. Commenge, 14 ; M. Corlieu, 2 ; M. Galezowski, 5, sur 87 votants. Au second tour, M. Perrier a obtenu 42 suffrages ; M. Richer, 28 ; M. Galippe, 8 ; M. Commenge, 5 ; sur 84 votants. Au troisième tour, M. Perrier a été élu par 52 suffrages contre 29 à M. Richer, sur 83 votants.

A-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 janvier 1898.—Présidence de M. E. Delens.

Calculs du rein.

M. Tuffier fait un rapport sur une pièce recueillie par M. Begouin (de Bordeaux). Il s'agit de *deux calculs creux phosphatiques du rein droit*, ressemblant chacun à un œuf contenant dans son intérieur du pus avec des bacilles, cause de la précipitation calculeuse. Il est probable que cette précipitation a débuté sur la muqueuse même ; puis l'urine infectée a déposé des couches successives, en sorte que les couches les plus internes sont les plus récentes. Enfin ces couches se sont refermées de façon à former les calculs creux avec les caractères déjà mentionnés ; en somme mauvais calculs.

Ulcères du duodénum.

M. Schwartz fait un rapport sur quatre observations ayant trait à des *ulcères perforants du duodénum*, l'une de M. Rochard, l'autre de M. Guinard, la troisième de M. Sieur, enfin la dernière de M. Loyson. — Il s'agit de quatre malades ayant présenté des symptômes abdominaux graves survenus subitement sans signes antérieurs bien marqués. La laparotomie, pratiquée dans les trois premiers cas, n'a pu cependant amener la guérison. Dans le dernier cas, l'opération n'a pas été pratiquée à cause de l'état désespéré du malade M. Schwartz insiste sur les difficultés du diagnostic de la perforation (au début, qu'on confond souvent alors avec l'occlusion ; il recommande l'intervention précoce par laquelle la guérison a le plus de chance de se produire. Il donne quelques statistiques tirées de la thèse de M. Colin sur le siège de ces ulcérations qui, dans 69 0/0 des cas, sont perforantes ; sur 262 observations recueillies par M. Colin, 242 fois l'ulcération siégeait sur la première portion du duodénum, 14 fois sur la seconde portion, 3 fois sur la portion transversale, enfin 3 fois sur la dernière portion. Dans 83,6 0/0 des cas, l'ulcération est unique ; mais il peut y en avoir 3 ou 4 avec récidive. C'est surtout la face antérieure du duodénum qui est atteinte.

MM. Routier et Hartmann citent chacun un cas analogue. M. Hartmann recommande la suture immédiate des bords de la perforation.

Fibro-sarcome du vagin.

M. Ricard fait un rapport sur une observation de M. Huguier, relative à un *fibro-sarcome du vagin* chez une fillette de 8 mois. Cette tumeur, située entre les grandes lèvres, fut énucléée au bistouri avec extirpation de son pédicule, s'étendant jusqu'à 3 centimètres en arrière de l'ouverture du vagin. Guérison huit jours après l'opération. Les quelques cellules sarcomateuses rencontrées dans la tumeur ne doivent pas, suivant M. Ricard, faire adopter la nature maligne de la tumeur. M. Ricard recommande la suture au catgut au lieu de soie, les sutures de soie étant difficiles à enlever à l'intérieur du vagin et le catgut pouvant s'éliminer spontanément.

Présentations.

M. Schwartz présente *une photographie radiographique représentant une aiguille enfoncée dans le ligament adipeux du genou.*

M. Bazy fait le panégyrique de la *radiographie*, qui lui a rendu également un grand service à propos d'une femme chez laquelle une *aiguille* s'était enfoncée dans la partie supérieure de la première phalange de l'index.

M. Faure présente une *pince à écrasement*, trop écrasante, de l'aveu même de M. Faure, c'est-à-dire un peu lourde.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du jeudi 9 décembre 1897. — Présidence de M. Richelot.

M. Anasthasiadès a appliqué, dans le service de M. Porak, la *phonendoscopie au diagnostic obstétrical.* Les résultats sont très nets. La position à donner à la femme est différente dans le cas où on veut seulement délimiter l'utérus et dans celui où on veut préciser la situation du fœtus. A l'aide d'un crayon dermographique, on peut tracer sur l'abdomen de la femme les zones de vibrations enregistrées par le phonendoscope et en prendre ensuite le décalque. L'auteur présente, à l'appui de sa communication, les décalques obtenus et les explique. Par ce procédé, on pourra établir le diagnostic des principales variétés ou anomalies de l'utérus gravide et de la situation du fœtus.

M. Porak confirme les résultats présentés par l'auteur. C'est un nouveau moyen d'investigation. Il exigera de l'opérateur de l'exercice et une certaine habileté.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 6 janvier 1898. — Présidence de M. Ollivier-Beauregard.

M. le Dr Hervé, élu président pour l'année 1898, prononce un long discours, magistralement écrit, sur quelques-unes des *étapes parcourues par l'anthropologie.* Il énumère sous une forme claire et concise les progrès réalisés dans le domaine de l'archéologie préhistorique et de l'anatomie, qui lui est le plus familier.

M. Manouvrier, au nom de M. Luiz de Horios Sanz, présente des photographies de pièces recueillies dans le *gisement quatenaire de San Isidro*, pres Madrid. Les formes de ces pièces en silex et en quartzite nous sont bien familières. Elles sont identiques à celles des instruments recueillis dans les allusions de Saint-Acheul et de Chelles.

M. le Dr Moreau fait connaître un *procédé d'embaumement* qui, pour n'être pas nouveau entièrement, n'a cependant pas encore été appliqué chez nous. En Nouvelle-Calédonie, il a vu des corps de Canaques. exposés à l'air, se conserver parfaitement. Ces corps avaient été préalablement trempés dans un bain de salpêtre. A Haïti, les moyens employés pour conserver les cadavres sont différents. Les morts, bien soigneusement lavés d'abord, sont massés quotidiennement pendant un mois ou deux avec de l'huile de coco ; ils sont aussi peu à peu entièrement vidés par l'anus de tous les organes splanchniques. Ainsi traités, puis exposés à l'air, ils se momifient et ne présentent ni odeur ni putréfaction. M. Moreau s'est inspiré de ces deux pratiques. Ayant eu à sa disposition une fillette morte d'une maladie infectieuse, il lui injecta par l'aorte un mélange de glycérine, de nitrate de potasse (30 gr. pour un litre de glycérine) et de cassonade ; puis, les viscères enlevés, elle fut simplement suspendue et exposée à l'air libre dans les combles de l'Ecole de Médecine. Le résultat obtenu est tout à fait remarquable. Le petit cadavre, qui a l'aspect de la chair boucanée, ne donne aucune odeur. Et, par une incision dans la cuisse gauche, M. Moreau montre que les muscles ont conservé leur couleur naturelle. Après un séjour dans l'eau tiède, les tissus se ramollissent suffisamment pour que le sujet puisse être disséqué, dans de meilleures conditions en somme que les cadavres habituellement préparés pour l'amphithéâtre.

M. Laborde apprécie beaucoup cette circonstance. Une méthode, permettant de conserver indéfiniment des sujets pour le laboratoire, rendrait de grands services. M. Moreau n'a pu étendre son expérience sur le cerveau, car les cadavres des hôpitaux ne sont livrés que 48 heures après le décès. Mais le Musée de la Société d'Anthropologie possède des cerveaux pré-

parés à la glycérine qui, depuis 1882 jusqu'à ce jour, sont restés en bon état. Ils présentent seulement l'inconvénient de se couvrir d'une exsudation graisseuse qui poisse les doigts. M. Jacomini (de Turin) emploie, pour la conservation du cerveau, une méthode par la glycérine, dont les résultats ne laisseraient, paraît-il, rien à désirer.

M. A. DE MORTILLET rappelle que généralement, dans l'ancienne Egypte, on recourait à la dessication pour l'embaumement des cadavres Et en Amérique les embaumements pratiqués ne sont que des boucanages. Les conditions du sol, notamment dans le désert libyque, a naturellement d'ailleurs une influence prédominante dans la conservation des cadavres. Des corps abandonnés en plein sable, s'y gardent intacts.

M. MOREAU a vu dans un cimetière près de Bordeaux un corps enterré en pleine terre argileuse, resté frais après sept années.

Z.

VARIA

A la Salpêtrière: Hommage à Mlle Bottard.

Mardi dernier, à la Salpêtrière, la Clinique Charcot a eu sa fête intime. Un auditoire d'amis et d'élèves saluait d'applaudissements répétés M. le Pr RAYMOND, promu officier de la Légion d'honneur, qui entrait suivi de Mlle Bottard, la vénérable surveillante. Le sympathique professeur remercie, en quelques mots, ses amis et élèves. Puis, s'oubliant lui-même, il prononce, dans une délicate improvisation, l'éloge de Mlle Bottard et, aux applaudissements de tous, attache sur la poitrine de la digne surveillante en lui donnant l'accolade, la croix de la Légion d'honneur, qui lui est offerte par tout le personnel médical de la clinique. Voici les paroles de M. F. Raymond :

Messieurs,

Je vous suis très reconnaissant de vos chaleureux applaudissements; ils me vont au cœur et je vous en remercie sincèrement. Le Ministre de l'Intérieur, d'un esprit si large et si élevé, vient de me donner une double joie. Par le même décret, qui me nomme officier de la Légion d'honneur, il sacre "chevalier" la surveillante en chef de la Clinique, Mlle BOTTARD. C'est récompenser, du même coup, le passé et le présent de ce centre d'enseignement, dont je suis si fier d'être le titulaire actuel.

Le *passé*, c'est le merveilleux enseignement de mon maître Charcot, qui a porté, si haut et si loin, la renommée de la Salpêtrière. Le *présent*, c'est mon enseignement. Il ne m'appartient pas de le juger ; mais vos applaudissements de tout à l'heure m'ont prouvé que j'étais dans la bonne voie, celle que je m'efforcerai de suivre toujours, en apportant, au service de cette chaire, toute ma volonté, toute mon énergie, toute mon intelligence, comme je m'étais promis de le faire, lorsque la Faculté me fit le très grand honneur de me confier la succession de Charcot, il y a quatre ans.

Quant à vous, Mlle Bottard, laissez-moi vous dire, en quelques mots, que jamais croix de la Légion d'honneur ne fut mieux placée que sur votre poitrine. Vous êtes l'abnégation faite femme, l'ange du dévouement, ce mot étant pris dans son acception la plus étendue, la démonstration vivante de cette vérité, que la charité est œuvre de femme et non œuvre de robe. Depuis 57 ans, vous êtes en fonction dans cet asile des misères humaines, et Dieu sait combien de malades vous sont passés sous les yeux. Pour chacun d'eux indistinctement, vous avez été secourable, vous avez été bonne, et vous avez été aimée de tous; c'est le plus bel éloge que l'on puisse faire de vous; c'est dire comment vous avez compris vos devoirs et comment vous avez su les remplir.

Maintenant laissez ajouter à votre chef, qui vous a connue il y a vingt ans bientôt, ici, déjà en fonction, dans ces bâtiments qui sont devenus depuis ceux de la Clinique des maladies nerveuses, quels services inappréciables vous lui avez rendus à cette époque, et encore depuis quatre ans ! Vous connaissez les malades de toutes les salles, de toutes vos divisions sur le bout du doigt. On peut s'adresser à vous, sans crainte d'être trompé, quel que soit le renseignement dont on a besoin, et vous êtes une merveilleuse observatrice. De sorte que, avec ces qualités, de par la force des choses, vous êtes devenue la collaboratrice, l'auxiliaire indispensable de la Clinique.

Pour toutes ces raisons, Mademoiselle, et dut votre modestie en souffrir, je dis et je répète bien haut que le Gouvernement de la République, que le Ministre de l'Intérieur, se sont honorés en vous conférant la distinction suprême, la croix de la Légion d'honneur. Nous tous, les élèves de Charcot, unissant nos efforts à ceux de sa veuve, nous avons été heureux, obéissant à une des belles pensées du Maître, de faire campagne pour vous, et d'enlever cette croix, objet de tant de désirs, pour la voir briller sur votre poitrine. Puissiez-vous la porter de longues années ; et, pour le bonheur de nos malades, pour le bien du service, restez longtemps encore en fonctions. C'est notre vœu à tous.

Maintenant, Messieurs, que ce juste hommage, en attendant la consécration officielle, est rendu à ma collaboratrice dévouée, laissez-moi arriver, à la leçon clinique d'aujourd'hui.

La peine du fouet dans l'armée anglaise.

La *Justice* du 12 octobre 1897 a publié, sur cette coutume barbare et dont nos collègues de la presse médicale d'Outre-Manche devraient demander la suppression, un article intéressant dont nous extrayons les passages suivants, relatifs à l'intervention du médecin.

« Au moment venu, le prisonnier subit un *examen médical :* on le conduit ensuite directement dans une cellule où sont assemblés le gardien-chef, le *docteur*, un *interne* — quelquefois deux — et plusieurs gardiens. On lit à haute voix au prisonnier les motifs du châtiment qui va lui être infligé. Si c'est le *cat* (fouet), on le déshabille en partie; on fixe autour de son cou, retombant jusqu'aux reins, un morceau de toile — ce que l'auteur appelle « l'habillage du dos » — puis on le lie par les chevilles, les genoux et les poignets à des tringles en fer, les jambes aussi écartées que possible, les bras en l'air et la poitrine appuyée sur une traverse en bois.

« On lui applique alors sur les épaules jusqu'à 25 coups de fouet. Le « *cat* » ayant neuf lanières, la punition de 25 coups est en réalité de 225. On suppose que la peau résiste lorsque le châtiment est infligé par un adroit opérateur ; mais, comme les exécuteurs et les peaux diffèrent considérablement, des accidents se produisent. Un expert a fait cette remarque : une légère effusion de sang allège quelquefois la douleur et prévient le danger d'inflammation. Un autre a dit : « C'est une rude besogne, quelquefois, de raccommoder leur dos. »

« Voici maintenant une description du châtiment de la verge ou *Birch rod*, qui n'est qu'une forme anglicisée du Knout, selon la remarque judicieuse d'un auteur anglais.

« Le prisonnier est à demi agenouillé, dans l'attitude de la génuflexion, la tête au-dessus d'un cadre en bois qui moule les courbes de son corps et qu'on appelle en style humoristique de prison le poney, fouetté comme un écolier sur la partie la plus charnue de son corps — n'insistons pas —, mais avec une forte verge trempée dans la saumure, et avec une telle sévérité, disent les experts, que la chair est plus ou moins écorchée — *like grazed beef* comme un bœuf écorc[illegible], et les marques sont indélébiles. »

La présence d'un médecin à ces scènes cruelles et inhumaines nous fait souvenir qu'il en était de même autrefois, non pas seulement en Angleterre, mais dans tous les pays. Pendant des siècles, le clergé a fait brûler par milliers les malheureux accusés de sorcellerie. « Époques maudites, a dit notre maître le Pr Axenfeld, où personne n'était dans son rôle, ni le théologien qui exterminait au nom de l'Infinie Miséricorde, ni le juge qui appliquait sans trouble un code [illegible] sans [illegible] depuis plus de mille ans, ni le médecin... Ah ! l'on souffre cruellement *de voir la main du médecin dans la main du bourreau* ; de voir que sa robe noire traîne pêle-mêle, [illegible], avec la robe rouge du tortionnaire; que son [illegible] marque d'avance les victimes pour les [illegible] et les tenailles (1). »

B.

(1) [illegible] livre très curieux, illustre [illegible] intitulé : *A History of the Rod in all* [illegible]

Méthode chinoise de prédire le sexe dans la gravidité. — Relations entre la migraine et le sexe de l'enfant.

« Comme on sait, les manières de prédire le sexe avant la naissance, méthodes préconisées déjà par Hippocrate, ont paru jusqu'ici bien faillibles. Ni les produits du teste ou des ovaires, soit droits, soit gauches — pas aisé de contrôler cela en outre — ni l'âge des parents ne fournissent une prognose de quelque valeur. Suivant M. le Dr Matignon, à Pékin, les Chinois distinguent des symptômes, qui ont un crédit même chez les Européens habitant la Chine. Un ventre plus rond, proéminent, d'une telle manière, que tout l'abdomen secoue dans les mouvements de la femme, fait attendre une fille, tandis que l'utérus ayant une extension principalement en haut, indique un garçon. Ainsi déjà, *in utero*, la position naturelle de la femme serait une position plus basse. La nature est peu galante ! !

« Une couleur plus fraîche de la peau, avec une pigmentation moins intense, spécialement de l'aréole, et puis moins de changement dans les traits du visage, menace les Chinois de la naissance d'une fillette ; le contraire fait espérer un garçon. Des mouvements violents des extrémités du fœtus indiquent une petite dame.

« Si après le septième mois on peut trouver la main droite du fœtus dans le côté gauche de la mère, un garçon arrivera. Méthode subtile en effet ! Quand on trouve et tient la main d'une amie, par exemple, en pleine obscurité, c'est déjà difficile — comme on prétend — de distinguer au premier moment la main droite de la main du côté du cœur de la dame. Moins facile encore de définir une petite main errante *in utero*. En effet, la manière nous semble trop fine pour pouvoir se vulgariser. De même la méthode arithmétique qui fait prophétiser les Chinois : si le second chiffre de l'âge de la mère, comme le chiffre du mois probable de la conception sont égaux, soit pairs, soit impairs, l'enfant sera masculin. Si ces chiffres sont différents, l'un pair, l'autre impair, une petite Chinoise parviendra. Cette méthode a bien un petit air de chinoiserie, mais... qui sait ? » (*Janus*, 1897).

A l'occasion de cette note, nous citerons un fait que nous venons de relever chez la mère de l'un de nos malades, O... (M.), âgé de 15 ans, entré comme atteint d'attaques hystériques et sorti guéri.

Sa mère est sujette à des *migraines*, qui viennent *avant*, *pendant* ou *après* les *règles*, s'accompagnant souvent d'un brouillard devant les yeux, parfois de vomissements et l'obligeant de se coucher. Elle a eu quatre enfants. Durant les grossesses de ses *filles*, nos 1, 2 et 4, les *migraines ont totalement disparu*, tandis qu'elles ont *persisté pendant toute la durée de la grossesse* de son *garçon*, no 3.

Elle a nourri ses *filles* nos 1 et 4 et son *garçon*, no 3. Chaque fois ses règles ont reparu une quinzaine de jours après l'accouchement, revenant toutes les trois semaines, et en même temps les migraines, contrairement à ce que nous avons noté souvent chez d'autres malades, à savoir la suspension des migraines pendant la grossesse et l'allaitement normal, c'est-à-dire sans retour des règles.

Dans ce cas, la persistance des migraines durant la grossesse d'un *enfant mâle*, leur suspension durant la grosse des *enfants femelles*, nous a paru intéressante à signaler. BOURNEVILLE.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 17. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Reynier, Ricard, Bonnaire. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Kirmisson, Tuffier, Walther. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Déjerine, Letulle.

MARDI 18. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Rémy, Quénu, Thiéry. — (2e *partie*) : MM. Raymond, Gley, Chassevant. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Le Dentu, Bar, Nélaton. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*) Chirurgie : MM. Panas, Campenon, Hartmann. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Debove, G. Ballet. — (2e *série*) : MM. Cornil, Dieulafoy, Hallopeau.

MERCREDI 19. — Médecine opératoire : MM. Kirmisson, Tuffier, Lejars. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Blanchard, André.

JEUDI 20. — Médecine opératoire : MM. Panas, Berger, Thiéry, — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Rémy, Gley — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Raymond, Marie, Ménétrier. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Netter, Gilbert.

VENDREDI 21. — 2e *de Doctorat* (Nouveau régime) : MM. Hanriot, Retterer. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Netter, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Segond, Sébileau, Broca. — (2e *partie*) : MM. Brissaud, Gaucher, Widal. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 22. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Chantemesse, Gley. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Hutinel, Troisier, Marfan. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Hallopeau, Letulle. — (2e *série*) : MM. Debove, Ballet, Gilbert. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Le Dentu, Bar, Maygrier.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 19. — M. Follet. Contribution à l'étude de l'hypertrophie cardiaque de croissance. — M. Garlopeau. Contribution à l'étude du thiol dans le traitement des maladies cutanées. — M. Capart. De l'allaitement pendant la grossesse. — M. Labbé. Contribution à l'étude du mal perforant plantaire. — M. Devignevielle. Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux fractures. — M. Marchais. Les rétrécissements du pylore d'origine biliaire.

JEUDI 20. — M. Vivier. Sur l'infantilisme. — M. Baillière. Les maladies évitables. — M. Glanois. Étude historique et critique des épidémies d'origine exotique et en particulier de la peste. Mesures opposées à leur marche envahissante. — M. Fouineau. De l'œdème du poumon. — M. Augot. Étude sur la sclérose des nouveau-nés. — M. Drouin. Quelques cas de sclérodermie localisée à distribution métamérique. — M. de Cordemoy. Abcès froids de la paroi abdominale antérieure et en particulier de la région hypogastrique. — M. Cololian. Les alcooliques persécutés.

Enseignement médical libre.

Thérapeutique appliquée aux maladies nerveuses. — M. le Dr VERRIER a commencé un cours libre à l'amphithéâtre Cruveilhier de l'École pratique, 15, rue de l'École de Médecine, le mardi 11 janvier 1898, à 4 heures ; il le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Institut Psycho-Physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts. *Cours et Conférences du semestre d'hiver* 1897-98. — Jeudi 13 janvier, à 5 heures, M. le Dr BÉRILLON : *Le grand hypnotisme et l'École de Paris* (projections à la lumière oxhydrique). — Jeudi 20 janvier, à 5 heures, M. le Dr DUMONTPALLIER : *Comment j'ai été conduit à l'étude de l'hypnotisme. La métallothérapie et les expériences de la Pitié* (projections à la lumière oxhydrique). — Jeudi 27 janvier, à 5 heures, M. le Dr TISON : *La physiologie du neurone. Applications des travaux de Branly à l'étude de la conductibilité nerveuse.* — Jeudi 3 février, à 5 heures, M. le Dr BÉRILLON : *La pédagogie suggestive et l'orthopédie mentale* (démonstrations expérimentales). — Jeudi 10 février, à 5 heures, M. le Dr Paul FAREZ : *L'hypnotisme considéré comme procédé d'expérimentation en psychologie.* — Jeudi 17 février, à 5 heures, M. le Dr Jules BOIS : *De la suggestion dans les grimoires et dans les documents relatifs à l'ancienne magie (évocations, incantations, philtres, charmes et envoûtements).* — Jeudi 24 février, à 5 heures, M. Eugène CAUSTIER : *Psychologie comparée : L'évolution sexuelle et les combats des animaux pour la suprématie* (projections à la lumière oxhydrique). — Jeudi 3 mars, à 5 heures, M. le Dr Max NORDAU : *La paralysie générale : signes précoces et formes frustes de la paralysie générale.* — Jeudi 10 mars, à 5 heures, M. le Dr BÉRILLON : *La psychologie de la vision et l'évolution de la fonction visuelle* (démonstrations des Rayons de Rœntgen, par le Dr Daguincourt). — Jeudi 17 mars, à 5 heures, M. le Dr Henry LEMESLE : *Les aliénés criminels.* — La plupart des conférences seront accompagnées de présentations de malades, de démonstrations cliniques de psychothérapie, de démonstrations expérimentales et de présentations d'appareils.

LA FORMALINE. — Les conclusions de M. A. Gautier, tendant à l'interdiction de l'emploi de la formaline pour la conservation des denrées alimentaires, ont été adoptées par le Conseil d'Hygiène de la Seine, et, sur un rapport analogue de M. Dubrisay, le comité consultatif d'hygiène de France, saisi par le Ministre de l'Intérieur de la même question, s'est prononcé dans le même sens.

liest period to the present time, by the Rev. Wm. M. Cooper. London, 1877. Deux chapitres sont consacrés à l'usage du fouet, comme punition, dans l'armée et dans la marine.

NOUVELLES

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement, soit DOUZE FRANCS. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire. la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

Natalité a Paris. — Du dim. 26 déc. au samedi 1er janvier 1898, les naissances ont été au nombre de 1.217, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 441, illégitimes, 190. Total, 631. — *Sexe féminin* : légitimes, 418, illégitimes, 168. Total, 586.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 26 déc. au samedi 1er décembre, 1898, les décès ont été au nombre de 1.095, savoir : 587 hommes et 508 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 4, T. 5. — Typhus : M 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 2, F. 8, T. 10. — Scarlatine : M. 2, F. 0, T. 2 — Coqueluche : M. 0, F. 0, T. 0. — Diphtérie, Croup : M. 6 F. 6, T. 12 — Grippe : M. 3, F. 7, T. 10. — Phtisie pulmonaire : M. 112, F. 81, T. 193 — Méningite tuberculeuse : M. 9 F. 6 T. 15. — Autres tuberculoses : M. 19, F. 7, T. 26. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 22, F. 36, T. 58. — Méningite simple : M. 12, F. 11, T. 20 — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 42, F. 21, T. 63 — Paralysie, M. 2, F. 6, T. 8. — Ramollissement cérébral M. 5, F. 4, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 45, F. 27, T. 72. — Bronchite aiguë : M. 17, F. 13, T. 30. — Bronchite chronique : M. 15, F. 22, T 37 — Broncho-pneumonie : M 32, F. 33 T. 65. — Pneumonie : M. 31, F. 32, T. 63. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 44, F. 34, T. 78. — Gastro-entérite, biberon : M. 9, F. 8. T. 17 — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 2 T. 6. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 0, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 1, T. 3 — Fièvres et péritonite puerperales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Débilité congénitale : M. 17, F. 15, T. 32 — Sénilité : M. 25, F. 43, T. 68 — Suicides : M. 4, F. 3, T. 7. — Autres morts violentes : M. 19, F. 7, T. 26 — Autres causes de mort : M. 76, F. 60, T. 136. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 2, T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 98, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 40, illégitimes, 19 Total : 59 — *Sexe féminin* : légitimes, 24, illégitimes, 15 Total : 39.

Distinctions honorifiques. — M. Simon (Jules-Désiré-Fénelon), médecin honoraire des hôpitaux de Paris, médecin consultant des maisons d'éducation de la Légion d'honneur, est nommé Officier de la Légion d'honneur. Chevalier du 6 mars 1874. — Cette promotion est parfaitement justifiée par les nombreux et longs services rendus par notre maître auquel nous sommes heureux d'adresser nos plus vives félicitations. La Légion d'honneur gagnerait à ce qu'il en fût toujours ainsi.

Sont nommés dans la Légion d'honneur : au grade de *Commandeur* : M. le Dr Goujon, maire du XIIe arrondissement de Paris, M. le Dr Debaussaux, médecin inspecteur, directeur du service de santé du 15e corps. — Au grade d'*Officier* : M. le Dr Zaepffel, médecin principal de 2e classe à Saint-Etienne, M. le Dr Clément, médecin-major de 1re classe au 12e régiment d'artillerie. M. le Dr A[illegible], médecin-major de 1re classe à Avignon. M. le Dr Layet, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux. — Au grade de *Chevalier* : M. le Dr Baley, à Pont-du-Buis. M. le Dr Hache, médecin de 1re classe de réserve, professeur à l'École de médecine de R[illegible]. M. Monnier de la Sizeranne, professeur honoraire à l'Institution des Jeunes Aveugles. M. le Dr Ramonat, à Paris. — MM. Blas, professeur à l'Université de Louvain, et Vaudan, docteur en médecine, à Bruxelles, sont promus au grade d'*Officier de l'ordre de Léopold*. MM. les Prs Cheval, de l'Université de Bruxelles, et Denys, de l'Université de Louvain, sont nommés *Chevaliers* du même ordre. Sont nommés *Officiers du Mérite agricole* : M. Croutelle, pharmacien à Mantes (Seine-et-Oise). M. Jourdan, vétérinaire sanitaire à Grenoble (Isère). M. Marcellin, docteur-médecin à Sausses (Basses-Alpes). M. Montané, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse.

L'Epidemie de fièvre typhoïde a Castres. — Le Conseil municipal de Castres s'est réuni pour examiner la situation résultant de la mesure prise par le Ministre de la Guerre, qui a consigné tous les établissements, hôtels, restaurants, cafés, débits, etc., aux troupes, à la suite de l'épidémie de fièvre typhoïde. Il a émis, à l'unanimité, le vœu qu'il soit formé une commission composée en nombre égal de médecins militaires et de médecins civils, sous la présidence d'un inspecteur général du service de santé militaire pour rechercher en commun : 1° la véritable nature des maladies, épidémiques qui ont sévi dans le courant des mois de novembre et décembre derniers, tant sur la population militaire que sur la population civile de Castres; 2° les causes de ces maladies; 3° les mesures à prendre soit pour en conjurer les effets, soit pour en prévenir le retour. Le Conseil a émis en outre le vœu que cette commission fût immédiatement nommée pour qu'elle pût procéder à ses recherches sans délai, et a ouvert à la municipalité le crédit nécessaire pour assurer le rapide et complet fonctionnement de cette commission. Les commerçants castrais ont invité le maire de Castres à aller, entouré des sénateurs et députés du Tarn, porter les doléances du commerce castrais au Ministre de la Guerre. Ils prennent l'engagement de mettre dans tous les établissements des filtres suivant les indications de l'autorité militaire. Le maire a accepté. Il n'y a pas de cas nouveaux ni de décès depuis deux jours.

Influenza a Paimbœuf. — L'épidémie de grippe et d'influenza fait des progrès considérables dans cette ville et dans les environs.

La Peste a Bombay. — Il y a eu 142 cas de peste et 102 décès à Bombay pendant les dernières quarante-huit heures. L'épidémie suit le même cours que lorsqu'elle éclata. Des bruits alarmants circulent; si la situation sanitaire ne s'améliore pas, il y aura, au moment de l'éclipse de soleil prochaine, un large exode de la ville, et, par suite, une suspension générale des affaires.

La santé publique a Nantes. — La situation générale en 1897 semblait avoir été bonne à Nantes, grâce aux précautions prises par les familles; et il y avait lieu d'espérer que l'année se serait terminée ainsi, mais pendant le mois de décembre, les maladies des voies respiratoires se sont multipliées et, pour comble de malheur, la typhoïde a commencé ses ravages Pendant quelques jours de nombreux cas se sont produits dans divers quartiers de la ville et quelques décès ont suivi. Mais cependant, il ne faudrait pas exagérer la situation, car les entrées à l'Hotel-Dieu semblent diminuer chaque jour et les guérisons sont nombreuses. Un de ces matins, il n'y avait que trois entrées, ce qui est une amelioration. Quant aux autres affections. les cas sont certainement assez nombreux, mais cela tient principalement à la température exceptionnellement changeante de la saison.

L'Etat sanitaire dans l'armée. — Le *Courrier du Pas-de-Calais* mentionne que le soldat F. H.., du 148e de ligne à Sedan, rentrée en permission dans sa famille, à Verlincthun, vient d'être emporté en quelques heures par une attaque de *choléra* nostras. La constatation de ce cas, dont jusqu'ici il n'a pas été possible d'avoir au conseil d'hygiène la confirmation du diagnostic, n'offre rien d'unique. Il arrive au contraire très fréquemment au service de santé régimentaire de constater, au lendemain de fêtes, chez des soldats permissionnaires et à la suite d'excès ou d'alimentation désordonnée, de graves affections intestinales à marche rapide.

Service de santé de la Marine. — MM. les médecins de 2e classe de la marine, Grimaud, du port de Lorient, et Aldebert, médecin du bataillon des apprentis fusiliers, sont autorisés à permuter. M. le Dr Dal[illegible]ot, médecin de 1re classe de la marine, destiné au croiseur le *Lapérouse*, prendra passage sur le paquebot partant le 25 janvier 1898, à destination de Diego-Suarez.

Service de Santé militaire. — MM. les Drs Raymond, Letainturier de La Chapelle, Thomas et Friaque ont été nommés, après concours, à l'emploi de médecin stagiaire à l'Ecole du Val-de-Grace.

Armée territoriale. — Nominations au grade de médecin aide-major de 2e classe MM. les Drs Arthus, Cr[illegible]s, Ferrond, Gaston. Martin, Salles et Sorel.

Médecins socialistes. — A Anvers, un syndicat composé de sept médecins a adhéré au parti ouvrier.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat. — Epreuve orale.* — Les séances ont lieu à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, les lundi, mardi, vendredi, à 4 h. 3/4. La première séance aura lieu le vendredi 7 janvier courant, à 4 h. 3/4, à l'amphithéâtre de l'Administration. — Séance du 7 janvier. Questions d'oral posées : *Col de l'utérus ; Symptômes et diagnostic des corps fibreux de l'utérus.*

Asiles d'Aliénés de France. — *Marseille et Aix.* — Le concours pour quatre places d'interne et deux places d'externe s'est terminé par les nominations suivantes. *Internes* : MM. Plaignard, Flaissières, Fornari, Colombani et Jean. — *Externes* : MM. Bensussan et Pauzier.

Asile d'Aliénés de Saint-Ylie près Dôle (Jura). — *Demande d'interne.* — 14 inscriptions ; traitement, 800 fr., logement, nourriture, chauffage, éclairage et blanchissage. S'adresser à M. le Dr Sizeray, médecin-directeur de l'asile.

Missions. — *Cochinchine.* — M. Cognacq, médecin vaccinateur, est chargé d'une mission ayant pour but d'étudier la lèpre en Cochinchine, tant au point de vue de sa distribution geographique que de son caractère contagieux.

Museum d'Histoire naturelle de Paris. — M. Maquenne, docteur ès sciences, assistant au Muséum d'Histoire naturelle, est nommé professeur de physique végétale audit établissement, en remplacement de M. G. Ville, décédé.

Société de Médecine de Nantes. — Dans sa séance du 27 décembre, la section de Médecine de la Société académique a ainsi constitué son bureau : Président, Dr Guillou ; vice-président, Dr H. Malherbe ; secretaire, Dr J. Gourdet ; secrétaire-adjoint, Dr G. Allaire.

La Radiographie de Vacher. — Les médecins experts commis pour examiner l'état meutal de Vacher avaient décidé de radiographier le crâne du tueur de bergers pour déterminer l'endroit précis où se trouvait la balle qui s'était logée dans la tête lors de sa tentative de suicide. M. le Dr Destot, chargé de l'opération, s'est rendu hier à la prison pour y procéder. Quand il a su de quoi il s'agissait, Vacher s'est mis de très bonne grâce à la disposition du docteur. Il a entamé une longue conversation avec son assistant qu'il a tutoyé dès qu'il a su qu'il avait servi presque en même temps que lui dans son corps d'armée : il lui a demandé aussi ce que l'on pensait de lui dans le public, si les journaux parlaient de lui. « Sont-ils bêtes, a-t-il dit tout à coup, faisant allusion aux magistrats, ils veulent me mettre deux cents assassinats sur le dos ; j'en ai bien assez comme cela. » L'opération a demandé près de quarante-cinq minutes pendant lesquelles Vacher a dû observer l'immobilité la plus complète. Pour ne pas le fatiguer, M. Destot l'avait fait coucher. Le docteur a obtenu un cliché très net. Vacher a une balle de revolver de petit calibre logée dans le rocher, côté droit. La balle est maintenant immobile, enkystée dans le rocher ; mais elle n'a pas toujours été ainsi, dit l'opérateur ; peu après sa tentative de suicide, Vacher a souffert de violentes douleurs dans la tête, il a eu des suppurations de l'oreille droite. Les méninges ont peut-être été troublees par le pus. Cet accident a pu amener des retentissements sur les méninges, phénomènes susceptibles de modifier l'équilibre cérébral et d'amener dans une certaine mesure l irresponsabilité.

Nécrologie. — M. le Dr Ernest Hart (de Londres), directeur du *British Medical Journal*, un des journalistes médicaux les plus connus et les plus à bon droit célèbres. Cet homme d'action, d une grande energie, doué d'un grand sens commercial, a donné en Angleterre une impulsion très remarquable au journalisme médical et à la publication à laquelle il a attache son nom. Nous publierons dans notre prochain numéro un article nécrologique détaillé. — M. le Dr Beraud (de Charlieu). — M. le Dr Jules Bienfait (de Reims). — M. le Dr Duzéa (d'Oran). — M. le Dr Fr[illegible]isse (de Régusse). — M. le Dr Gaston Le Mercier, médecin des hôpitaux du Havre. — M. le Dr Henri Houzé (de Croix). — M. le Dr Mabille (d'Angers). — M. le Dr Palante (de Liège). — M. le Dr Jules Quilly, medecin aide-major de 1re classe au 25e bataillon de chasseurs à pied, décédé à Saint-Mihiel, des suites d'une fievre typhoide contractee dans le service. — M. le Dr Spathès (de Misserghin). — M. le Dr Thibal (de Djidjely). — M. le Pr Zakharine, le clinicien bien connu de Moscou.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, ecoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Hôpital des Enfants-Malades. — *Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie.* — M. le Dr Sevestre, médecin des hôpitaux, chargé du cours de clinique annexe, fait, à l'hôpital des Enfants-Malades (pavillon Trousseau), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie). Sont admis à suivre cet enseignement MM. les Etudiants pourvus de seize inscriptions et MM. les Drs en Médecine. Chaque élève est exercé à l'examen bactériologique et à la pratique des interventions opératoires. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet no 1), tous les jours, de midi à trois heures. Les élèves sont classés par séries de vingt et pour une période de un mois. (MM. les Drs en Médecine doivent justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE
AUX BUREAUX DU PROGRÈS MÉDICAL

NOTES CLINIQUES
SUR L'EMPLOI DE LA

NOUVELLE TUBERCULINE T. R.
DU Pr KOCH

Dans le traitement des Tuberculoses

PAR
Le Dr J.-S. DAURIAC

Une brochure in-8 carré de 60 pages. — Prix : 1 franc. — Pour nos abonnés . . . . 0 fr. 75

MANUEL PRATIQUE
DE LA

GARDE-MALADE & DE L'INFIRMIÈRE

Publié par le **Dr BOURNEVILLE**
Rédacteur en chef du *Progrès médical*, Médecin de Bicêtre, Directeur des Ecoles municipales d'infirmières, etc.

Avec la collaboration de MM. Ed. Brissaud, P. Cornet, Budin, H. Duret, P. Keraval, G. Maunoury, Monod, J. Noir, Poirier, Ch.-H. Petit-Vendol, Pinon, P. Regnard, Sevestre, Sollier, Viron, P. Yvon, Me Pilliet-Edwards.

Sixième édition revue et augmentée.

Ce manuel se compose de cinq volumes : T. I. *Anatomie et physiologie* ; — T. II. *Administration et comptabilité hospitalières* ; — T. III. *Pansements* ; — T. IV. *Soins à donner aux femmes en couches. Soins à donner aux aliénés. Petite pharmacie. Petit dictionnaire des termes médicaux* ; — T. V. *Hygiène*. — Prix des cinq volumes in-18 jésus : 7 fr. 50. — Pour nos abonnés. Prix. 6 fr.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville

Paris — Imp. Goupy, . Maurin, [illegible], rue de Rennes, 71.

3e SERIE. T VII. N° 4. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 22 JANVIER 1898

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Cas curieux de parasitisme chez l'homme : Douve sous-cutanée ;

Par le Dr **Henri MALHERBE** (de Nantes).

OBSERVATION.

Dans le courant du mois d'août 1896, le Dr Guibert (de Châteaubriant) (1) vit une jeune fille de 23 ans, qui venait le consulter pour une douleur siégeant au niveau de l'épaule gauche. Cette douleur, très vive, était causée par une sorte de tumeur mal limitée, de coloration rouge, résistante, ne se laissant pas déprimer par le doigt et occupant la région moyenne de l'omoplate. En outre cette malade accusait un malaise général, de la fièvre, de l'anorexie, de l'insomnie. Elle ajoutait que quelques mois auparavant, elle avait eu sur le flanc droit une grosseur analogue à celle qu'elle portait actuellement sur l'épaule, grosseur qui se serait affaissée peu à peu sans s'ouvrir. Le facies de la patiente est pâle, ses traits sont tirés et amaigris, sont teint est légèrement subictérique.

Devant cet état général peu satisfaisant, ces commémoratifs et les symptômes actuels, la pensée de notre confrère fut qu'il s'agissait d'abcès tuberculeux. Il institua un traitement approprié et dit à sa cliente de revenir dans quelque temps.

Quinze jours après cette visite, la malade revient voir le Dr Guibert qui, à sa grande surprise, constate que la tumeur précitée s'est manifestement déplacée. Elle se trouve aujourd'hui située à 10 ou 15 cm. plus bas que lors du premier examen et présente exactement le même aspect. Cette fois le Dr Guibert, avec l'assentiment de la jeune fille, incise cette tumeur étrange. Il sort un peu de sérosité teintée de sang, mais pas de pus, enfin sur la lame de la lancette un petit animal jaunâtre mesurant 4 à 5 mm. de longueur et sur la nature duquel notre confrère ne peut se prononcer.

Il nous l'adresse alors au laboratoire d'histologie de l'Ecole de Médecine : sur l'échantillon assez détérioré que nous avons reçu, les mesures conservatrices ayant été insuffisantes, nous avons pu, grâce à l'aide du Dr Louis Bureau (2), établir qu'il s'agissait d'une douve du foie (*Distoma hepaticum*).

Le distome hépatique est un ver de l'ordre des Trématodes, qui habite le plus souvent les voies biliaires du mouton. Parfois on le trouve chez les ruminants ou les rongeurs ; il est exceptionnel chez l'homme.

La douve, partie à l'origine d'un œuf, passe par une série de métamorphoses avant d'atteindre l'état adulte. Généralement c'est pendant ces transformations qu'elle pénètre dans le corps de son hôte ordinaire pour y devenir un animal parfait. Voici en quelques mots comment s'opère ce développement.

La douve adulte pond un œuf. Cet œuf d'un brun jaune, mesurant 130 μ de long et 86 μ de large, porte un opercule mobile (*Fig.* 4). De cet œuf tombé sur la terre au voisinage des mares ou dans l'eau même, sort une larve ciliée (*Fig.* 5 et 6). Cette larve ciliée nage à la rencontre d'un petit mollusque appelé *Limmea truncatula*, qui va lui servir d'hôte transitoire. Elle pénètre dans la chambre pulmonaire de ce Mollusque en déchirant les tissus et y subit ensuite plusieurs transformations.

D'abord la larve perd ses cils et passe à l'état de *sporocyste*. Le *sporocyste* est une sorte de sac inerte tapissé par un épithélium interne qui bourgeonne (*Fig.* 7 et 8). Bientôt les bourgeons se pédiculisent et tombent dans la cavité interne du sporocyste. Devenus libres, ces bourgeons s'entourent d'une membrane d'enveloppe et forment la *Morula* (*A*, *Fig.* 7). A un moment donné, la membrane d'enveloppe de la *Morula* s'invagine et donne naissance à la *Gastrula*. Cette *Gastrula* atteignant un degré plus parfait de développement et d'organisation constitue la *Rédie* (*Fig.* 9). La *Rédie* quitte bientôt le *Sporocyste* et va alors se fixer dans le foie du mollusque, son hôte transitoire. Là elle subit une dernière

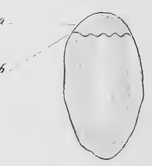


Fig. 4. — Œuf de Distome hépatique. — a) opercule ; b) ligne d'ouverture.

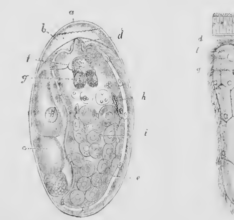


Fig. 5 et 6. — Œuf de Distome et sa larve. — a) opercule ; b) ligne d'ouverture ; d) capuchon muqueux ; e) larve ciliée ; c) rostre ; f) taches oculaires.

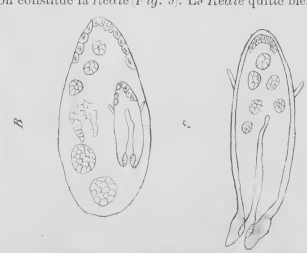


Fig. 7 et 8. — Sporocyste. — a) cellules germinatives groupées en *Morula* ; b) morula invaginée en *Gastrula* ; c) *Rédie* formée par perfectionnement de la *Gastrula*.

(1) Nous remercions bien vivement notre ami, M. le Dr Guibert, d'avoir bien voulu nous communiquer cette curieuse observation.

(2) Nous adressons à M. Bureau, Directeur du Muséum d'histoire naturelle, tous nos remerciements pour les renseignements utiles qu'il a bien voulu nous donner.

métamorphose : son corps s'arrondit, ses organes se différencient et l'on voit apparaître deux ventouses très caractéristiques, l'une orale au niveau de la partie antérieure du corps, l'autre ventrale, plus grande et située à la région moyenne du corps; enfin l'extrémité caudale de l'animal s'effile, sous forme d'un long prolongement mobile qui lui sert à cheminer. La *Rédie* ainsi modifiée prend le nom de *Cercaire* (*Fig.* 10).

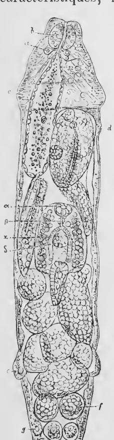


Fig. 9. — Rédie adulte et libre.

La *Cercaire* ne tarde pas à sortir du corps du *Limmée*. Elle s'enkyste alors sur les herbes aquatiques, au voisinage des mares et des étangs : elle peut ainsi être avalée par les moutons ou les ruminants, parfois par l'homme. Arrivée dans l'estomac de l'animal qui sera son hôte définitif, la *Cercaire* sort de son kyste dont la paroi est détruite par le suc gastrique et se transforme en *Douve* adulte.

Le corps de ce ver est aplati, plus long que large, il rappelle par sa forme générale une feuille de myrte. Chez un individu de moyenne taille, la longueur est de 13 millimètres, la largeur de 4 à 8 millimètres. Sur la face ventrale de l'animal existent deux ventouses. L'antérieure est la ventouse orale et se voit sur la partie céphalique un peu plus effilée que le reste du corps; c'est ce qu'on appelle le prolongement céphalique. La postérieure, plus grande et plus forte, est la ventouse ventrale, elle se trouve sur la face ventrale, au niveau du tiers antérieur du corps (*Fig.* 11).

Cette ventouse est un bon caractère distinctif de la *Douve* du foie. Sa présence sur le spécimen endommagé que nous avons reçu, jointe à la forme générale du parasite, nous a fait songer à la possibilité d'un cas de *Douve* sous-cutanée chez la malade en question.

Nous représentons (*Fig.* 11) ce ver tel que le microscope nous le montre à faible grossissement (oc. 1, obj. o, Vérick). L'animal est vu par sa face ventrale, toute la partie antérieure du corps a disparu. La ventouse ventrale se voit en A avec ses caractères habituels; toutefois notre individu est un sujet jeune, car il n'atteint pas les dimensions assignées par les naturalistes à la *Douve* adulte.

Très répandue dans certaines localités, la *Douve* du foie cause de véritables épizooties qui déciment les troupeaux. Elle provoque chez les bêtes qui en sont atteintes un ensemble de symptômes désignés par les vétérinaires sous le nom de *Cachexie aqueuse*. Le plus souvent la *Douve* habite le foie des sujets contaminés.

Fig. 10. — Une Cercaire. — *d*) ventouse ventrale et cæcum intestinal ; *e*) ventouse orale.

Rare chez l'homme, le *Distome hépatique* peut y affecter des localisations variées. Le plus ordinairement il a été observé dans les canaux biliaires ; nous en avons relevé environ 17 observations. Nous ne les citerons pas. Deux fois la *Douve* a été vue dans l'intestin. Duval de Rennes l'a rencontrée dans les vaisseaux. En disséquant pour son cours d'anatomie le système veineux abdominal d'un homme de 49 ans, mort de maladie indéterminée, Duval trouva six *Distomes hépatiques* dans le tronc de la veine porte.

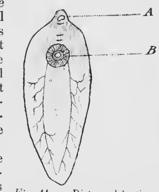


Fig. 11. — Distome hépatique, vu par sa face ventrale. — *a*) ventouse ventrale; *b*) ventouse orale (échantillon de grande taille).

Enfin, dans quelques cas de tumeurs sous-cutanées inflammatoires, on a trouvé des *Douves*. Ces cas sont au nombre de quatre ; les voici :

1° *Cas de Giesker.* — Tumeur inflammatoire de la plante du pied, peu douloureuse, chez une femme. Incisée, la tumeur laisse échapper un peu de sang et deux jeunes *Distomes hépatiques*.

2° *Cas de Penn Harris.* — Un enfant de 25 mois portait un gros abcès à la partie supérieur de l'occiput. Cet abcès s'ouvrit spontanément et laissa sortir du pus et six *Distomes*.

3° *Cas de Fox.* — Il s'agit d'un marin de 36 ans, qui portait une tumeur derrière l'oreille, cette tumeur s'enflamma et s'ouvrit, il en sortit de la sérosité sanguinolente, et un ver bien vivant qui était une *Douve*.

4° *Cas de Dionis des Carrières.* — Un homme de 35 ans portait sur le flanc droit une petite grosseur fort douloureuse qui l'empêchait de dormir et de vaquer à ses occupations. Cette grosseur, du volume d'un œuf de pigeon, devint fluctuante au bout de quelque temps, sa paroi s'amincit au centre; en la comprimant entre deux doigts ou en fit sourdre quelques gouttes de sérosité renfermant un *Distome*.

A ces quatre observations, il faut aujourd'hui joindre celle que nous a communiquée le Dr Guibert. Nous croyons que ce sont les seules qui jusqu'ici aient été publiées ; car nos recherches dans les annales de la science pour en trouver d'analogues sont demeurées vaines.

On n'est pas encore fixé sur la façon dont la *Douve* pénètre sous la peau. Les uns supposent qu'elle peut s'y insinuer directement au moment d'un lavage ou d'un bain. Les autres croient que c'est par la voie de la circulation générale. Le parasite parti du foie ou de l'intestin pénètre dans les capillaires, en écartant leur paroi et est entraîné par le torrent circulatoire jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Les accidents sont toujours assez bénins, et une fois le ver évacué, l'abcès se guérit rapidement sans incident. Un point curieux dans le cas du Dr Guibert et que dans aucune observation nous n'avons vu signalé, est le cheminement de la *Douve* dans le tissu cellulaire sous-cutané (1).

(1) Les figures schématiques qui accompagnent cette observation ont été dessinées en partie d'après les planches qui servent au cours d'histoire naturelle de l'Ecole de Médecine, en partie d'après les figures que renferme l'article de Raphaël Blanchard dans la *Revue d'Hygiène* de 1890.

Une nombreuse famille médicale. — Le dernier Congrès international de Moscou comptait parmi ses membres toute une famille médicale : le Dr Perkins (de New-York), sa femme doctoresse, ses deux fils docteurs, sa fille et son gendre docteurs. — Tous docteurs ! (*Deut. med. Zeit.*, 13 sept.).

THÉRAPEUTIQUE

Recherches expérimentales sur l'Éosine;

Par J. LE GOFF et Paul SAINTON.

Tout le monde connaît cette matière colorante qui est employée depuis longtemps comme réactif plasmatique en histologie. Beaucoup moins connue est son action sur l'organisme et les tissus vivants. C'est de celle-ci que nous voulons nous occuper dans cette note. Qu'il nous soit permis cependant de rappeler en quelques mots la composition chimique de ce corps. L'*éosine* appartient au groupe des phtaléines qui, comme chacun sait, résultent de l'action de l'anhydride phtalique sur les phénols, les amines ou les aminophénols. C'est de la fluorescéine tétrabromée. Pour l'obtenir, on traite la fluorescéine en présence d'un oxydant par un poids déterminé de brome : de cette façon quatre atomes de brome se substituent à quatre atomes d'hydrogène de la fluorescéine, l'on a ainsi une substance soluble dans l'alcool : elle joue le rôle d'acide bibasique donnant avec la potasse, la soude, des sels bien cristallisés, solubles dans l'eau. Cette substance porte le nom d'*éosine* soluble.

Il nous a paru intéressant de rechercher si cette substance, dont la molécule porte avec elle quatre atomes de brome, jouit des propriétés physiologiques des bromures métalliques : la solution de ce problème nous apprenait en même temps si l'action particulière du brome, combinée à un radical organique, présentait quelque analogie avec celle qu'il présente quand il se trouve en combinaison à un métal. Nos expériences ont été faites avec de l'éosinate de sodium chimiquement pur que la Société des matières colorantes de Saint-Denis, que nous ne saurions trop remercier de son obligeance, a mis à notre disposition. Au cours de ces expériences, nous avons fait un certain nombre de constatations histo physiologiques qui nous paraissent dignes d'être notées. Nos expériences ont porté sur : 1° des grenouilles ; 2° des chiens.

Expériences sur les grenouilles. — Exp. I. Grenouille de 18 grammes. 21 juin 1897, ingestion stomacale d'une capsule de 20 centigrammes d'éosine. En moins d'une heure l'eau de l'aquarium est rose. 22 juin, 20 centigrammes. 24 juin, 20 centigrammes; l'animal nage difficilement. 28 juin, 1 gr 50 d'éosine. 29 juin. animal dans la torpeur, nage à peine, laissé sur le sol ne fait aucun mouvement. 30 juin, mort.

Exp. II. — Grenouille de 15 grammes. 29 juin, capsule de 20 centigrammes d'éosine. 30 juin, capsule de 20 centigrammes. Le liquide de l'aquarium se colore et la coloration se fixe sur la peau de l'animal, sang coloré. 2 juillet, 1 gramme d'éosine. 3 juillet, l'animal se tient blotti dans un angle de l'aquarium, immobile, diminution de la sensibilité, mort le soir.

Dans ces deux cas nous avons constaté une parésie du train postérieur, sans paralysie complète; nous n'avons pu donner une dose de médicament suffisamment élevée, attendu que les animaux ont présenté les deux fois une gastro-entérite mortelle.

Étant donnée la facilité avec laquelle la grenouille se prête à l'examen direct du sang dans les vaisseaux, nous avons cherché à voir si le sang des capillaires présentait une certaine coloration : à l'examen microscopique de la membrane interdigitale, le liquide sanguin nous a montré nettement la couleur de l'éosine, sans que pour cela cette couleur se soit fixée en aucune façon sur les hématies ou les leucocytes, même après fixation par la méthode d'Ehrlich. Ce fait important a d'ailleurs été constaté par l'un de nous dans des expériences analogues faites avec une autre matière colorante, le bleu de méthylène. En effet, lorsqu'on fait ingérer à une grenouille une petite capsule contenant 5 centigrammes de bleu de méthylène, au bout de quelques instants le liquide sanguin présente une teinte bleue, sans que pour cela les éléments anatomiques se laissent pénétrer par cette substance. Bien que, comme l'ont démontré les remarquables travaux du Pr A. Gautier, les tissus vivants soient réducteurs, il semble qu'il existe une limite à cette fonction et que l'éosine, le bleu de méthylène apportés en grande quantité dans l'organisme et entraînés rapidement dans le torrent circulatoire ne subissent plus qu'une réduction partielle et passent en nature.

Expériences sur les chiens. — Exp. III. Chien boule-dogue, taille moyenne, poids, 10 kilogs. Le 28 juin 1897, injection sous-cutanée de 6 cc de solution d'éosinate de sodium à 25/100 au niveau de l'épaule gauche. 30 juin, injection de 20 cc. de la même solution dans la région lombaire du même côté : les urines et les selles sont colorées : pas de coloration des muqueuses. Le 1er juillet, paraplégie légère du train postérieur, l'animal traîne les pattes de derrière en marchant : sensibilité intacte, réflexes conservés. Injection de 20 cc. à la fesse gauche. Le 3 juillet, un peu d'amélioration dans la paraplégie, l'animal se tient mieux sur les jambes : même état de la sensibilité et des réflexes. Le 4 juillet, apparition d'une eschare au point de la première injection, eschare de forme circulaire à bords festonnés, taillés à pic, laissant voir le tissu cellulaire sous-cutané fortement coloré : au milieu de la perte de substance se trouve une région saine recouverte de poils. Malgré un pansement antiseptique, l'eschare s'accroît et on sacrifie l'animal le 5 juillet. A l'autopsie tout le tissu conjonctif était imprégné de matière colorante semblant avoir exercé une action élective.

Cette expérience montre l'apparition d'une paraplégie après l'injection sous-cutanée de 11 grammes d'éosine. De plus l'éosine exerce une action caustique sur les tissus.

Exp. IV. — Chien jaune. Lévrier, 11 kilog. 500. On lui fait ingérer le 7 juillet trois capsules contenant 0 gr. 50 centigr. d'éosinate de sodium. Le 8 juillet, 4 capsules. Le 9 juillet, 3 capsules; environ un quart d'heure après l'ingestion, l'animal vomit, les matières fécales et l'urine sont rouges. Le 13 juillet les matières sont toujours colorées, on laisse reposer l'animal qui oppose une grande résistance à l'ingestion des capsules. Le 15 juillet, 4 capsules de 0,50 centigrammes. Le 16 juillet le chien maigrit, il présente de l'hésitation du train postérieur pendant la marche. Le 20 juillet, au lieu de faire ingérer des capsules, nous introduisons dans l'estomac du chien, au moyen d'une sonde, une solution d'éosine à 50/100. La première ingestion est de 10 cc. de cette solution. Le 22 juillet, ingestion, de 20 cc. Le 23, 24 : 30 cc. Le 25 : 40 cc. Le 26 : 40 cc. Vomissements après l'ingestion. 30 juillet, l'expérience est suspendue pendant cinq jours. Le 31 juillet, l'animal étant à jeun, on lui introduit dans l'estomac 40 cc. de la solution étendue de 400 cc. d'eau; le chien a mangé après l'absorption : au bout de 10 minutes se sont montrés des vomissements alimentaires et éosiniques. Le 3 août, 12 cc. de la même solution. Par suite de l'intolérance gastrique que présente l'animal depuis plusieurs jours, nous sommes obligés d'avoir recours à la méthode des injections sous-cutanées et dans la même journée nous injectons dans les deux flancs 60 cc. de la solution ordinaire. Le 4 août, le chien présente une paralysie du train postérieur très marquée, les réflexes rotuliens sont diminués. La jambe droite est un peu œdématiée. Le 5 août, nouvelle injection de 26 cc. de la même solution. Mêmes caractères de la paralysie.

Ainsi donc l'absorption de 7 grammes d'éosine en capsules a produit de l'intolérance gastrique et de la paralysie du train postérieur. Sous l'influence de l'ingestion d'une solution les vomissements ont persisté, et bien que nous ayions donné à l'animal 96 grammes de

*

substance active, nous ne pouvons savoir ce qui a été exactement absorbé. L'injection sous-cutanée faite dans la même journée de 15 grammes d'éosine a produit une paraplégie. Il semble donc que l'action du produit soit élevée sur le système spinal. Nous avons sacrifié l'animal peu de temps après cette injection (deux jours) par le chloroforme. De l'autopsie nous ne voulons retenir que quelques particularités : immédiatement après la mort, les yeux ont présenté une coloration fluorescente. L'examen macroscopique aussi bien que microscopique des organes a montré que la coloration rose se localisait particulièrement sur les éléments du tissu conjonctif partout où il se trouve. Le sang examiné à l'état frais montre que les globules rouges ont la coloration caractéristique de l'hémoglobine, les globules blancs ont un reflet mauve pâle. Fixés par la méthode d'Ehrlich et colorés par la combinaison éosine-bleu-méthylène, les globules rouges ont pris l'éosine, les globules blancs peu nombreux ont pris leur couleur respective suivant leur nature.

Nous avons essayé l'action thérapeutique de l'éosine chez deux épileptiques soumis antérieurement sans résultat à la médication bromurée. Nous avons commencé par donner 10 centigrammes en deux capsules : puis nous avons porté progressivement la dose journalière à deux grammes sans constater une bien grande modification dans l'état des malades. Ceux-ci prenaient les capsules immédiatement après leur repas, et de cette façon n'ont ressenti aucun phénomène d'intolérance gastrique. Les urines n'ont présenté la teinte fluorescente que lorsque la dose de 2 grammes a été maintenue pendant quelques jours. Avec des doses plus faibles, la teinte de l'éosine n'apparaissait nullement dans l'urine : ce qui n'a rien de surprenant, puisque l'éosine a, comme un grand nombre de matières colorantes, la propriété de se transformer en un leucodérivé sous l'influence des réducteurs ; mais, dès le début, nous avons pu noter la présence de ce leucodérivé en dosant le brome par les procédés ordinaires après dissociation de la molécule. De même que le bleu de méthylène a été préconisé par MM. Achard et Castaigne pour juger de la perméabilité rénale, l'éosine pourrait peut-être fournir des résultats comparatifs intéressants.

Telles sont les constatations que nous avons faites sur les propriétés physiologiques et histophysiologiques de l'éosine ; il nous paraît intéressant de les rapporter au moment où l'étude des matières colorantes est à l'ordre du jour.

UNE FEMME SANS ESTOMAC. — On lit dans le *National suisse* : On peut voir ces jours-ci, se promenant dans le jardin de l'hopital cantonal, à Zurich, une femme à qui on a enlevé entièrement l'estomac, il y a quatre semaines. Cette personne souffrait d'un cancer à l'estomac. Depuis l'opération, dit la *Zuricher Post*, elle se porte bien ; elle a même augmenté de poids [illegible] qu'elle ne se nourrisse — artificiellement — que d'aliments liquides. — Décidément les journaux [illegible] ne sont pas mieux renseignés que les français. Il y a bien des [illegible] cas de guérison de gastrectomie *partielle*.

LES MÉDECINS ET LES BEAUX-ARTS. — De M. [illegible] l'effigie de M. le Dr [illegible], portrait parlant. Mettant en évidence l'harmonie qui existe entre chacun de nous et les objets familiers qui l'entourent, le peintre l'a retracé dans son cabinet de travail, au milieu de ses livres sans oublier toutefois que le décor doit servir uniquement comme jeu de fonds, et que des indications sommaire y suffisent. Quant au portrait en lui-même, il est simple, mais fortement [illegible] avec une robuste franchise [illegible] avec les soins particuliers pour le regard, [illegible] et pose grave et doux. Tout l'essentiel est là, bien marqué, en touches franches, en traits larges, en notes chaudes soutenues par une gamme étoffée et moelleuse de beaux noirs (*Temps*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Fabrication des Sexes à volonté.

La fabrication des sexes ! La possibilité, pour une femme, de faire des enfants mâles ou femelles à volonté ? Probablement beaucoup de bruit pour rien, en ces temps troublés où le bruit est de règle. Aussi bien, par ces mauvais jours, le tonnerre seul peut se faire entendre ; et celui de M. le Dr Schenk est bien maigre ! Il ne doit pas compter, avec ce pétard à courte portée, étonner l'univers.....

Nous ne nous croirions pas obligé de revenir, après toutes les feuilles quotidiennes, sur ce sujet toujours passionnant, si un biologiste de valeur n'avait osé, dans le *Temps*, aborder la question par son côté scientifique, et si un grand nombre d'interviews de savants français en renom n'avaient été publiées, au petit bonheur des besoins de la presse d'informations. Un premier point est à spécifier : c'est que, suivant les habitudes modernes, chacun discute, avant que Schenk ait parlé lui-même devant un corps savant. Suivons ce noble exemple.....

Or donc M. Schenk aurait découvert la procréation des sexes, à savoir le moyen d'obtenir des enfants mâles ou femelles, grâce à une alimentation particulière imposée à la mère. *A priori*, étant donné tout ce qu'on sait de biologie générale, cette influence de l'alimentation paraît un peu trop considérable pour être suffisante. Et, vraiment, s'il n'y avait que ce moyen à trouver pour obtenir le résultat annoncé par M. Schenk, on peut à bon droit s'étonner que, depuis le temps que les hommes..... mangent, on ne l'ait pas découvert plus tôt. Mais, évidemment, ce n'est pas là un raisonnement de savant ; et nous continuons.

M. de Varigny, le nouveau chroniqueur biologique du *Temps*, a discuté pied à pied la question de la *prédestination de l'œuf* et avec raison a montré, par l'étude de ce qui se passe chez les fourmis, les abeilles et les têtards, — exemples fort bien choisis —, que les faits connus ne sont pas du tout favorables à la théorie de M. Schenk. Mais il nous semble qu'il aurait pu discuter davantage, en ce qui concerne la non prédestination de l'œuf, un argument qui pouvait être tiré de la tératologie des *monstres doubles*, argument qu'il n'a fait que soulever par ces quelques mots :

« Les mammifères pluripares, dit-il, qui, normalement (chien, chat, etc.), ou par exception (espèce humaine) donnent naissance à plusieurs jeunes à la fois, nous montrent chaque jour que, dans les naissances multiples, les deux sexes sont le plus souvent présents [au moins dans les cas où chaque embryon est né d'un ovule séparé, car les vrais jumeaux (*nés d'un seul œuf*) sont *en général* du même sexe]..... Or, pourquoi l'alimentation déterminerait-elle la sexualité male chez certains embryons, la femelle chez d'autres ? Les ovules n'ont-ils pas été soumis aux mêmes conditions ? Ayant même mère, les embryons de même portée ne reçoivent-ils pas les mêmes aliments ? »

Soulignons cette phrase : « Car les vrais jumeaux *nés d'un seul œuf*, sont, *en général*, du même sexe ! » — Nous croyons ces deux mots « en général » échappés par inadvertance à la plume de notre savant confrère. Nous ne connaissons pas en effet, adoptant en

cela les idées de MM. Dareste et M. Duval, *un seul cas* de jumeaux, *nés d'un seul ovule*, qui soient de sexe diffèrent. Et, d'ailleurs, comment prouver que deux jumeaux de sexe différent *sont bien sortis du même ovule ?* — Quoi qu'il en soit, M. de Varigny aurait pu songer aux *monstres doubles*, qui, eux, en effet, sont le *type des jumeaux nés d'un seul œuf ou plutôt d'un seul ovule*, et qui sont, *toujours*, sans aucune exception connue jusqu'à présent, *du même sexe*, comme l'a prouvé M. Dareste.

Nous ne voulons point insister ici sur ces différents points, dont la discussion nous entraînerait trop loin. Concluons donc, avec M. de Varigny, que si M. Schenk établit sa thèse, sa découverte n'en sera que plus importante, au point de vue strictement scientifique. Mais c'est avec impatience que nous attendons, comme tous nos collègues, sa communication à une Société savante.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 15 janvier 1898. — PRÉSIDENCE DE M. MANGIN.

M. HENOCQUE expose les *résultats de la spectroscopie* qui permet d'examiner la valeur du liquide sanguin sans prise préalable de sang; et insiste sur l'importance de l'examen des larmes comme complément de l'examen direct du sang.

M. GARNIER décrit une observation de *péritonite sèche* donnant une symphyse complete du foie au péritoine, et s'étendant au pericarde, qui présentait également une symphyse étendue. Dans ce cas on a trouvé que le rythme du cœur présentait trois temps à cause de cette symphyse.

M. LEMOINE a essayé le *sérum de Marmoreck* sur un micro-organisme assimilé au streptocoque par M. Courmont (de Lyon). L'auteur a constaté l'insuccès du sérum, mais il s'est rendu compte que le microbe employé ne produisant jamais de chaînettes, est une espèce tout à fait différente de celle qui sert à fournir le sérum et que les divergences qui existent entre les différents observateurs s'expliquent ainsi d'elles-mêmes.

M. HAGOPOFF a étudié le *développement de la tête du fœtus* et a constaté que l'inclinaison du corps sur le col existait dès les premiers jours du développement.

M. KOLB décrit le résultat de ses recherches faites au laboratoire de M. DÉJERINE à la Salpêtrière sur le *développement des hémisphères cérébraux* chez l'homme et les primates.

MM. SICARD et MERCIER. — *Passage du bleu de méthylène à travers le placenta.* — MM. Achard et Castaigne ont étudié le passage du bleu de méthylène à travers le rein à l'état normal et à l'état pathologique. Il était intéressant également de se demander quelles étaient les conditions d'élimination de ce bleu à travers le placenta. Nos expériences, au nombre de seize, faites à la Maternité de Saint-Antoine, ont porté sur des multipares et des primipares. Les injections de 0.05 centigrammes ont été faites de 3 minutes à 22 heures avant l'accouchement. Le temps minimum pour le passage du bleu dans les urines du nouveau-né nous a paru osciller entre 1 h. 20 et 1 h. 30. Ces seize cas concernaient des femmes bien portantes, aucune tuberculeuse ou syphilitique. Les placentas n'étaient le siège d'aucune lésion macroscopique. Une élimination plus hative du bleu pourra peut-être servir dans certains cas à contrôler les alterations placentaires, témoignant ainsi d'une perméabilité exagerée de cet organe. Il ne nous a pas été possible de retrouver le bleu, soit en nature, soit à l'état de chromogène dans le lait des nourrices, pas plus que dans l'urine de leurs nourrissons. Négatifs aussi ont été les examens du liquide amniotique, nous permettant ainsi de supposer que l'amnios, au moins dans les derniers temps de la vie fœtale, ne reçoit pas les produits d'excrétion de la vessie du fœtus.

M. TROUESSART rapporte quelques faits de *fécondation automnale*, qui se retrouve chez le chevreuil, la chauve-souris, la couleuvre, etc. On sait en quoi consiste ce phénomène : l'accouplement déverse dans les canaux de la femelle des spermatozoïdes qui ne sont utilisés que plus tard, quand l'animal femelle a passé la période d'hibernation et se trouve en des conditions suffisantes pour la gestation.

MM. BARDET et CHARRIN exposent leurs travaux sur l'*action cardiaque de la botuline.* Elle fait dédoubler les mouvements du cœur, tout au moins en partie. Les auteurs font remarquer que cette action se rapproche de celle des toxines tout en étant plus active.

M. LAPICQUE a étudié la *variation du poids de l'encéphale* comparée à la variation du poids du corps dans la série animale. On sait qu'en général le rapport entre ces deux poids est plus fort chez les petites espèces. Il critique une formule donnée récemment par M. le Dr Dubois, qui ne serait vraie que dans ses grandes lignes, et fournit une seconde formule qui s'applique assez aisément, non seulement aux espèces mais même aux variétés.

M. PILLIET communique le résultat de ses recherches sur l'*appendicite oblitérante.* (Sera publié ultérieurement).

A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 janvier 1898.

Le goitre exophtalmique (maladie de Basedow). Sa pathogénie, son traitement.

M. le Dr R. VIGOUROUX. — Dans l'étude de la pathogénie du goitre exophtalmique on s'est borné jusqu'à présent à rechercher lequel des éléments du syndrome doit être considéré comme primitif par rapport aux autres. Mais la véritable question n'est pas là. Lors même qu'on serait parvenu à établir que c'est l'hypersécrétion thyroïdienne qui détermine les troubles sympathiques et bulbaires, ou inversement, on n'aurait encore éclairci que la physiologie du syndrome. Il resterait encore à savoir, et c'est la pathogénie proprement dite, dans quelles conditions, sous quelle influence s'est produite l'altération primitive de la glande ou bien de l'élément nerveux. Or pour acquérir quelques notions sur ce point, il est nécessaire de se placer au point de vue clinique. On constate alors un fait fondamental, a savoir la relation étroite qui existe entre la diathèse arthritique et la maladie de Basedow. Dans les antécédents personnels et héréditaires des malades basedowiens toutes les affections du groupe arthritique figurent avec une constance et une abondance tout à fait typiques. De plus, ainsi que je le faisais remarquer il y a cinq ans, les caractères habituels de l'urine dans la maladie de Basedow sont ceux de l'urine arthritique en général, c'est-à-dire insuffisance de toutes les éliminations y compris celle des phosphates. Reste à savoir de quelle manière intervient l'arthritisme dans la pathogénie du goitre exophtalmique. Voici quelques données : Dans certaines expériences de Hurthle la ligature du cholédoque a déterminé l'apparition de symptômes nettement basedowiens en même temps qu'une sécrétion exagérée de la glande thyroïde. Antérieurement à ces expériences, Bronner (de Lyon) avait signalé l'influence des affections du foie sur le développement des troubles nerveux en général et notamment de la maladie de Basedow. D'autre part, mes propres observations m'avaient, depuis longtemps, permis de constater chez les basedowiens les signes de l'insuffisance hépatique, soit actuellement soit avant le debut de la maladie. J'ai eté ainsi amené à considérer l'arthritisme comme la condition générale, et l'insuffisance hépatique comme la cause immédiate de la maladie de Basedow. Celle-ci n'est donc pas le résultat d'une altération (organique ou fonctionnelle) primitive et fortuite de la thyroïde ou

de certaines portions du système nerveux. Ce rôle pathogénique de l'arthritisme explique pourquoi la maladie de Basedow est si souvent accompagnée de manifestations arthritiques : hystérie, neurasthénie, glycosurie, obésité, lithiase biliaire ou rénale, etc., qui conservent d'ailleurs une marche indépendante.

L'arthritisme n'est pas la seule maladie générale capable de préparer le goitre exophtalmique. Des maladies infectieuses, fièvre typhoïde, rhumatisme, scarlatine, etc., qui favorisent évidemment les intoxications, suffisent à créer ces états pré-basedowiens où s'observent déjà certains symptômes de la maladie, par exemple, l'amyosthénie générale, la tendance aux spasmes cloniques, aux atrophies, la douleur à la pression des masses musculaires, etc., etc., et où il ne manque plus que le thyroïdisme. En somme, il existe dans la maladie de Basedow deux intoxications d'origine différente et qui se superposent. La première est l'intoxication diathésique, dont la localisation principale se fait sur la glande thyroïde; l'autre, conséquence de la première, est l'intoxication thyroïdienne proprement dite. Il est permis de supposer que le poison, de provenance intestinale, n'agit pas d'une façon toujours identique sur la thyroïde et que parfois, au lieu d'une vaso-dilatation, avec exagération fonctionnelle, qui produirait le syndrome basedowien, il se réalise l'état opposé, c'est-à-dire vaso-constriction et diminution fonctionnelle qui aboutit au myxœdème. Cette communauté d'origine de deux affections dont l'antagonisme semble si absolu, fait comprendre la coexistence, dans certains cas, de symptômes basedowiens et myxœdémateux. La part ainsi attribuée au foie dans le genèse de la maladie de Basedow, n'exclut pas la possibilité d'une étiologie émotive. On connaît l'influence des émotions sur l'appareil hépatique. On voit quelquefois des goitres qui, après être restés simples pendant des années, se transforment en exophtalmiques. Cela ne peut avoir lieu que très exceptionnellement, suivant moi, pour les goitres endémiques. Je n'ai vu cette transformation que sur des goitres de caractère arthritique, comme il en survient chez les gros mangeurs, par exemple. Il est difficile de faire la part respective des deux intoxications dans la symptomatologie basedowienne. Je crois cependant que certains phénomènes, qualifiés de basedowiens, doivent plutôt être rapportés à la diathèse préexistante. Telles seraient les altérations précoces du myocarde et des valvules qui surviennent souvent avant tout surmenage de l'organe par la tachycardie. En rattachant ainsi le goitre exophtalmique à une maladie générale, on éclaire à la fois sa genèse et son évolution ultérieure, après la disparition du syndrome. Les considérations de cet ordre, forcément écourtées ici, m'ont conduit à formuler un traitement rationnel complet dont l'efficacité est attestée par une pratique de vingt ans à la Salpêtrière. Ce traitement ne peut, on le conçoit, être uniforme pour tous les cas, ni réduit à un moyen unique. Il doit tenir compte des données diverses qui viennent d'être exposées et aussi de quelques conditions qui sont particulières à la maladie de Basedow. Telles sont l'intolérance des malades à l'égard des médications pharmaceutiques, leur réceptivité toute spéciale pour presque toutes les causes morbides (la tuberculose exceptée), enfin leur vulnérabilité caractéristique pour les excitations périphériques fortes et les traumatismes.

On peut diviser ce traitement en deux parties : 1° Traitement général ; il s'adresse à la fois à l'état diathésique et à l'intoxication thyroïdienne, son importance est fondamentale. Il comporte surtout des moyens hygiéniques ; la difficulté principale de son application provient de ce qu'on a affaire à deux états de la nutrition de nature opposée et qui se succèdent alternativement, c'est ce que montre l'examen urologique. L'urine présente tantôt les caractères arthritiques indiqués plus haut, tantôt les caractères contraires, c'est-à-dire ceux de la désassimilation exagérée, de la dénutrition.

2° Traitement symptomatique. Il consiste dans ce qu'on appelle assez vaguement un traitement électrique, sans songer que l'électricité n'est ni un médicament ni une médication, qu'elle n'a pas plus de vertu curative propre que n'importe quelle autre forme de l'énergie et que, pour elle, de même que pour tous les agents physiques ou chimiques, l'effet thérapeutique dépend uniquement de la manière dont elle est employée.

Je ne m'arrête pas à la discussion souvent renouvelée des mérites respectifs de la galvanisation et de la faradisation. Chacune de ces méthodes est en soi excellente et peut être supérieure à l'autre, suivant les effets physiques et physiologiques qu'il s'agit d'obtenir. Dans l'espèce, j'ai recommandé depuis quinze ans (V. Leçons de Charcot) la *faradisation carotidienne*. Ce dernier mot indique que l'action principale est dirigée sur les artères, dont la contractilité est mise en jeu et le calibre momentanément diminué. Une action identique est exercée sur les artères et le tissu de la glande, et le volume de celle-ci est ramené, temporairement aussi, à son degré normal. Je supprime les détails techniques. Par la répétition fréquente de ce procédé, on obtient rapidement une amélioration équivalente pratiquement à une guérison. La guérison elle-même complète et définitive est plus difficile et plus longue à obtenir.

L'efficacité de ce procédé, employé même sans adjonction du traitement général, est déjà très grande, et Charcot (Leçons du mardi, 1888) la déclarait incomparable. Mais les résultats sont de beaucoup supérieurs si on ne néglige pas le traitement général qui devrait en être inséparable et si on a le soin de ne pas trop espacer les électrisations. Ce procédé a été décrit par de nombreux auteurs français et étrangers et des observations cliniques ont été publiées à l'appui. Ainsi l'existence d'un traitement rationnel et efficace de la maladie de Basedow est depuis longtemps notoire.

Les récentes tentatives faites pour instituer un traitement chirurgical de la maladie de Basedow, n'ont donc pas pu être motivées par l'impuissance avérée de la thérapeutique. On remarquera d'ailleurs que ces tentatives ont présentement pour adversaire décidé M. Poncet, de Lyon, qui fut l'un des premiers et plus distingués promoteurs de l'intervention chirurgicale. Sous ses diverses formes : thyroïdectomie, exothyropexie, ligature des artères thyroïdiennes, résection du sympathique cervical, cette intervention soulève de nombreuses objections : 1° Elle ne représente pas un traitement de la maladie elle-même, mais seulement de la triade symptomatique lorsque celle-ci existe à l'état type ; 2° elle est dangereuse : les cas imprévus de mort post-opératoire sont incomparablement plus fréquents chez les basedowiens que chez les autres opérés, ce qui s'explique par leur vulnérabilité spéciale ; 3° cette intervention n'est pas motivée, car en échange du péril qu'elle fait courir au malade elle ne lui assure aucun résultat curatif qui ne soit obtenu plus complètement et sans dangers par le traitement médical ; 4° elle est irrationnelle, car elle supprime l'organe au lieu d'amender la fonction, et ouvre ainsi le champ aux conséquences de cette suppression, myxœdème, troubles trophiques. Ces essais opératoires, quel que puisse être leur intérêt expérimental, doivent être réservés pour les cas hypothétiques où, le traitement médical ayant échoué, l'opération se présente comme le seul moyen de conserver la vie ou de rétablir la santé. La détermination de la résistance électrique du corps, dont j'ai montré autrefois la signification diagnostique dans la maladie de Basedow et dans quelques autres, peut aussi servir de critérium dans l'emploi thérapeutique de la thyroïdine. Celle-ci est contre-indiquée si la résistance est faible ; elle est utile ou du moins tolérée dans le cas contraire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 janvier 1898. — PRÉSIDENCE DE M. E. DELE[illegible]

Intervention chirurgicale dans l'ulcère de l'estomac.

M. CHAPUT est venu clore cette discussion. Il est intervenu dans cinq cas d'ulcères ; il a fait la gastro-entérostomie antérieure ou postérieure, avec ou sans entéro-anastomose. Il a observé plusieurs fois le cancer se greffer sur l'ulcère. Il termine en disant que le diagnostic du cancer est en réalité difficile à poser ; il a rencontré un cas d'adénome de l'estomac présentant, avec l'existence de la tumeur et de la cachexie, les symptômes du cancer ; l'anachlorhydrie elle-même ne doit pas entraîner une conviction absolue. Bref, les symptômes classiques ne sont plus rien ; il semble qu'en réduisant ainsi leur importance, l'auteur rende le diagnostic de l'affection plus difficile, car on sera tenté de l'établir dans une foule de cas qui ne présenteront pas les symptômes ordinaires.

M. Picqué lit un rapport sur deux observations faites par M. de Bovis (de Reims), l'une sur une *fracture au tiers inférieur du fémur avec interposition de tissu fibreux* avec absence de crépitation et de transmission des vibrations le long du fémur. L'intervention amena la guérison. — La deuxième observation est relative à un *corps étranger de l'utérus* ; c'est un pessaire en étain, ayant séjourné quinze ans dans la cavité utérine. L'auteur fit une incision dans le cul-de-sac postérieur; puis il incisa le corps et le col utérins; il parvint ainsi à extraire le corps étranger.

La première observation détermine une remarque de MM. Berger et Lucas-Championnière, qui recommandent de ne pas faire trop tôt l'intervention ; il y a toujours, au moment d'une fracture, une contraction des muscles pouvant déterminer une interposition musculaire, interposition qui peut rétrocéder par l'extension continue.

M. Hagopoff fait une communication intéressante sur les *luxations congénitales de la hanche*, qu'il rattache surtout à l'atrophie du col du fémur.

M. Schwartz présente un malade, qui avait une *tumeur bénigne de la parotide*, tumeur qui englobait le canal de Sténon. L'auteur a fait la « *néostomie* » de ce canal avec l'extirpation de la tumeur.

Dans quinze jours, *séance solennelle* de la Société.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE
Séance du 4 janvier 1898.

Nature et traitement du glaucome simple.

M. Abadie. — Dans la séance du 5 mai 1897 du Congrès de la Société française d'Ophtalmologie, je faisais une communication dans laquelle je m'efforçais de démontrer que le glaucome était dû à l'excitation permanente des nerfs vaso-dilatateurs de l'œil. Je n'ai pas l'intention de produire à nouveau tous les arguments que j'ai donnés à ce moment-là ; je rappellerai seulement qu'entre autres preuves à l'appui de ma théorie, j'invoquais l'action de l'atropine et de l'ésérine. L'atropine vaso-dilatatrice aggrave toujours l'état comateux ; l'ésérine et la pilocarpine, au contraire vaso-constrictives, exercent toujours une action favorable. J'avais signalé les bons résultats obtenus en associant ces deux myotiques et en instillant deux fois par vingt-quatre heures deux gouttes du collyre suivant :

Sulfate neutre d'ésérine.	0 gr. 05
Chlorhydrate de pilocarpine. . . .	0 gr. 05
Eau distillée stérilisée.	20 grammes.

J'ai obtenu chez le plus grand nombre de mes malades un arret complet dans la progression de leur affection. Néanmoins, ainsi que je l'ai fait remarquer, ce mode de traitement enraye le glaucome chronique simple dans son évolution fatale,mais sans le faire disparaître, puisque l'obligation de mettre deux fois par jour ce collyre dans l'œil reste indéfinie, son action vaso-constrictive étant régulièrement épuisée au bout de douze heures. Mais déjà à cette époque et dans cette même communication je disais : « On pourrait chercher la guérison par d'autres moyens, en agissant sur les nerfs vaso-dilatateurs de l'œil en coupant le grand sympathique qui les renferme. D'ores et déjà je crois pouvoir prédire que la section du sympathique cervical jouera bientôt un grand rôle en ophtalmologie. » Je viens d'avoir l'occasion de vérifier l'exactitude de mes prévisions. Sur une de mes malades atteinte de glaucome chronique simple à une période avancée, M. Gérard-Marchand a enlevé le 15 décembre 1897 le ganglion cervical supérieur de chaque côté. La tension intra-oculaire s'est aussitôt abaissée jusqu'à la normale, et depuis, bien qu'on ait cessé les instillations d'ésérine et de pilocarpine, elle ne s'est plus élevée. Il est donc permis d'espérer, comme je l'avais annoncé, que le glaucome chronique, simple affection jusqu'ici incurable, pourra être guérie par l'ablation du ganglion cervical supérieur d'où émanent les filets vaso-dilatateurs de l'œil. Les résultats obtenus par cette méthode de traitement auront de plus l'avantage de mettre fin aux théories aussi nombreuses que dissemblables émises dans ces derniers temps sur cette maladie si fréquente et si grave.

M. Parent. — M. Abadie a déjà mentionné les bons effets du bromure de potassium et de la quinine. Il est avéré que dans beaucoup de cas il y a prédominance de l'arthritisme. Au point de vue de l'opération, il faut élucider la question de savoir si elle est simple ou grave. N'est-elle pas une opération d'exception eu égard à la fréquence du glaucome chronique simple ? La guérison définitive est douteuse, les expériences de M. Abadie sont récentes, il ne peut pas poser des conclusions fermes. Nous savons que la marche du glaucome chronique simple est fatale et progressive ; on peut l'enrayer, mais cela n'est que temporaire.

M. Vignes. — Le danger des opérations chirurgicales dans ces affections est certain, même une simple sclérotomie peut amener une cécité absolue.

M. Chevallereau. — J'admire la confiance de M. Abadie, mais je ne la partage pas. Pour l'association des myotiques, elle a déjà été signalée par M. Berger. L'influence de toute opération, quelle qu'elle soit, est néfaste. Le traitement général a au contraire une grande influence. Ces malades sont des arthritiques, il faut leur prescrire la colchicine. le bicarbonate de soude.

M. Antonelli (de Naples). — L'association des deux collyres ne m'a donné aucun résultat. Dans le glaucome, à mon avis, il faut surtout surveiller la digestion.

M. Sulzer (de Genève). — Il est toujours dangereux de généraliser. Je crois aux bons effets de l'association, mais surtout à l'emploi alternatif des deux médicaments pendant plusieurs mois. J'emploie de préférence des solutions concentrées.

M. Abadie. — Je répondrai à M. Parent que j'ai recommandé en effet le sulfate de quinine et le bromure de potassium dans le glaucome chronique simple et aussi le traitement anti-goutteux chez certains malades dont l'état général réclamait cette médication. Mais je n'ai cessé de dire que le traitement général n'était que le complètement du traitement local, dans l'espèce, de beacoup le plus important. Le traitement général seul est toujours impuissant à guérir le glaucome chronique simple, tandis que l'instillation régulière toutes les 12 heures des deux myotiques associés, ésérine et pilocarpine, permet d'enrayer la marche progressive de la maladie.

En ce qui concerne la gravité de l'opération de l'extirpation du ganglion cervical supérieur, elle paraît minime, puisque jusqu'ici dans tous les cas où elle a été pratiquée, et ils commencent à être assez nombreux, pour le goitre exophtalmique, jamais il n'y a eu à la suite d'accident mortel. Quant au manuel opératoire, il est aujourd'hui bien réglé et je crois que cette opération pourra être faite par un chirurgien oculiste. En ce qui me concerne j'ajouterai que je soigne plusieurs malades qui, ayant déjà rapidement perdu un œil en quelques mois, malgré l'iridectomie et la sclérotomie, conservent, grâce à l'instillation régulière des myotiques combinés, ésérine et pilocarpine, leur second œil depuis plus de deux ans sans qu'il soit survenu ni diminution de la vision centrale, ni rétrécissement du champ visuel. Dès lors que peut-on désirer de mieux, et n'est-il pas certain que sans cette médication le second œil aurait eu le même sort que le premier?

M. Eliasberg envoie un travail sur la *dacryocystite congénitale*, qui donne lieu à la discussion suivante :

M. Parent. — Dans la plupart des cas la guérison s'obtient avec la plus grande facilité; la compression digitale suffit. Coppez a relaté le cas d'une guérison en une seule séance.

M. Morax. — Ce n'est pas une affection purement congénitale ; une dacryocystite congénitale indique toujours un trouble dans le développement des fosses nasales. Il s'agit presque toujours d'une inflammation de la muqueuse nasale survenue après la naissance.

M. Boucheron. — A la naissance il peut se produire une infection qui occasionne la dacryocystite, mais le conduit nasal reste perméable.

M. Antonelli. — La perméabilité des voies lacrymales est la condition qui rend possible la dacryocystite des nouveau-nés par infection secondaire d'origine conjonctivale. Dans un cas de dacryocystite purulente s'étant déclaré au quatrième jour, j'ai pu constater la présence du gonocoque. Cependant l'inflammation et la secrétion de la conjonctive étaient minimes.

M. Sureau. — J'ai vu un enfant qui a été atteint au septième jour ; à la naissance il était parfaitement sain.

M. Jocqs. — Cette affection n'est pas rare. Il y a des cas où l'injection suffit, d'autres où l'injection et l'incision sont nécessaires. La guérison est facile parce que cette lésion est guérissable : la dilatation du sac n'existe pas chez l'enfant. Il ne s'agit que d'une inflammation de la muqueuse.

M. Kœnig. — Il est certain que le traitement a donné des résultats très variables. Il est des cas qui guérissent spontanément ou par une seule injection, le fait m'est arrivé deux fois. Mais il en est d'autres qui réclament un traitement analogue à ceux des dacryocystites de l'adulte. J'ai eu à soigner récemment à ma clinique un cas de dacryocystite survenue après la naissance. L'enfant avait deux semaines et on avait toujours observé un peu de larmoiement. La suppuration était assez abondante. J'essayai d'abord la compression digitale et les injections sans aucun résultat. Celles-ci, d'ailleurs, ne passaient pas. Je fis ensuite l'incision du point lacrymal; les injections amenèrent alors une certaine amélioration. Mais j'en vins forcément au passage des sondes. La sonde nº 1 suffit, mais l'injection ne passait qu'après avoir pratiqué le cathétérisme. Au bout de six séances, la sécrétion disparut. L'enfant m'a été représenté il y a deux jours.

M. Lagrange, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, est nommé, à l'unanimité, membre correspondant.

Le *Bureau* pour l'année 1898 est ainsi constitué : *Président* : M. Jocqs. *Vice-Président* : M. Boucheron. *Secrétaire général* : M. Wuillomenet. *Secrétaires* : MM. Kœnig et Morax. E. K.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

Rédacteur spécial : Dr KERAVAL.

I. — De l'aphasie sensorielle; par Ch. Mirallié, in-8. — Paris, 1896, G. Steinheil, éditeur.

I. — Un livre depuis longtemps attendu à la suite des communications de Déjerine et de ses élèves. En se pliant à un plan d'examen clinique qui consiste à passer successivement en revue, chez un aphasique quelconque, l'état de la parole spontanée (mots familiers, mots usuels, mots spéciaux), de la parole répétée (dans le même ordre), du chant, de la lecture à haute voix, de la lecture mentale, de la vue, de la compréhension de la parole parlée, de l'écriture spontanée, de l'écriture sous la dictée, de l'écriture copiée, de l'écriture des chiffres, de la mimique (qui indique le degré d'intelligence du sujet), des mémoires simples ; l'auteur, après avoir précisé le plus possible ses recherches anatomo-microscopiques, croit devoir modifier, dans le sens que voici, les idées de Charcot et des autres savants : Il existe indiscutablement trois centres d'images nécessaires à la fonction du langage : 1° le centre des images motrices d'articulation, ou centre de Broca (pied de la troisième frontale gauche) ; 2° le centre des images auditives, ou centre de Wernicke (partie postérieure de la première temporale gauche) ; 3° le centre des images visuelles, gyrus supramarginal et pli courbe. Tous sont situés sur la circonvolution qui entoure en haut, en bas, en arrière la scissure de Sylvius, *sur la circonvolution d'enceinte de cette scissure* : c'est la *zone du langage* commandée et justifiée par la position des centres autour d'un des sillons primordiaux de l'encéphale, et par l'irrigation commune de tous les centres par le même vaisseau, l'artère sylvienne. Cette circonvolution bordante, circonscrivant de toutes parts la fossette sylvienne, se continue par des plis de passage et surtout par des fibres blanches, sous-corticales, avec la corticalité voisine. C'est ainsi que le centre de Broca est situé au contact immédiat de la zone psycho-motrice générale, à la partie inférieure de cette zone, dans le voisinage même des origines corticales des nerfs : grand hypoglosse, facial et masticateur, qui président aux muscles de la face, des lèvres, de la langue, du voile du palais, du larynx et du pharynx, moteurs matériels de l'articulation des sons. Le centre des images visuelles des lettres et des mots occupe la région du pli courbe (Déjerine) ; il se trouve en contact intime avec le centre de la vision générale ; scissure calcarine, lobules lingual et fusiforme, radiations optiques de Gratiole. Le centre des images auditives occupe la partie supérieure de la région que l'on considère comme le centre de l'audition générale. Chacun de ces centres n'est donc qu'une portion d'une zone générale différenciée, appropriée à une fonction spécialisée, le langage. Chacun occupe, en outre, l'extrémité, la périphérie, de la zone générale, motrice, visuelle, auditive, et précisément la portion de cette zone générale qui est le plus immédiatement en contact avec la zone générale voisine. C'est le pli courbe, partie de la zone visuelle la plus rapprochée de la zone auditive et de la zone motrice, qui emmagasine les images visuelles du langage. La partie postérieure de la première temporale, point de passage entre la zone auditive temporo-sphénoïdale et le pli courbe, point extrême de la zone visuelle, est uniquement en possession des images auditives du langage. Enfin, le centre des images motrices d'articulations occupe le point le plus rapproché, et de l'origine des nerfs qui président à l'acte matériel du langage, et des centres des images visuelles et auditives différenciées pour le langage.

L'union intime des trois centres d'images en question explique que *toujours une altération quelconque de l'un de ces centres retentit sur les centres voisins en troublant leur fonctionnement*. Jamais de forme pure d'aphasie, avec une *lésion de la zone du langage*, toujours *altération de tous les modes du langage*, avec altération plus marquée des images directement détruites par la lésion. Toutefois une lésion de cette zone n'entraîne pas des altérations égales pour les divers modes du langage. Il y a une hiérarchie des centres qui président aux diverses modalités du langage, hiérarchie tenant au mode même d'éducation et d'acquisition des images, qui sont d'autant plus fixes qu'elles sont d'un ordre d'acquisition plus ancien. Très fixes, par exemple, sont les images auditives et motrices d'articulation (qui datent de l'enfance) ; moins fixe est l'image visuelle des mots (on n'apprend à lire et à écrire que plus tard). C'est pourquoi il y a toujours agraphie, dans toutes les formes d'aphasie relevant de lésions siégeant dans la zone du langage ; — une lésion du centre de Broca retentira d'abord sur l'écriture, — puis sur le fonctionnement des images visuelles (alexie), peu sur les images auditives (la surdité verbale, latente, devra être mise en évidence), — tandis qu'une lésion du centre des images auditives se répercutera sur tout l'appareil du langage entraînant des troubles de la parole parlée (paraphasie), l'agraphie, l'alexie (1).

En ce qui concerne le *langage intérieur*, la conservation de ces trois images est nécessaire ; la destruction d'un de ces groupes altère la notion du mot (Déjerine) ; l'évocation spontanée du mot dans le langage intérieur est alors impossible ou incomplète.

Enfin, il peut y avoir altération du langage par *lésions des faisceaux conducteurs qui unissent les centres à la corticalité générale*. C'est ce qui a lieu dans le cas *d'aphasie motrice pure ou sous-corticale* où l'on constate que l'idée persiste mais que l'acte moteur d'articulation est devenu impossible. De même, dans la *cécité verbale pure*, l'alexie résulte de la destruction des faisceaux qui unissent les centres généraux de la vision, droits et gauches, au pli courbe gauche. La *surdité verbale* pure doit s'expliquer de la même manière, seulement nous n'en avons pas d'autopsies franches complètes.

On remarquera que l'*agraphie* par *perte des images commémoratives des mouvements qui président aux tracés des caractères*, l'aphasie motrice de la main, de Charcot, n'existe pas pour M. Déjerine. L'écriture, selon lui, n'est jamais qu'une simple copie des dessins des caractères conservés dans le centre visuel des mots. Tout un chapitre est consacré à détruire cette notion clinique. Toute altération d'un centre d'images du langage entraîne l'agraphie, sans que, pour l'expliquer, il soit, dit-il, besoin d'admettre l'existence d'un centre d'images graphiques. L'existence de l'*agraphie sensorielle* par *lésion du pli courbe*, est démontrée, ajoute-t-il ; puis, la clinique ne nous a pas encore donné d'agraphie pure corroborée par une autopsie nette ; enfin, expérimentalement, il y a parallélisme absolu entre l'écriture ordinaire et l'écriture au moyen des cubes alphabétiques.

(1) Nous nous permettons d'appeler l'attention sur le Langage écrit, que nous venons de faire paraître. Paris, in-8°, 1897.

En résumé : I. A côté de l'aphasie motrice de Broca (lésion du centre de Broca), il existe une aphasie sensorielle, de Wernicke (lésion du gyrus supramarginal, du pli courbe et de la première temporale) dont les variétés — cécité verbale et surdité verbale de Kussmaul — ne sont que des reliquats du complexus clinique précédent. Quand la zone du langage est complètement détruite, il existe de l'aphasie sensorielle jointe à l'aphasie motrice. — II. Les centres d'images du langage (moteur d'articulation, visuel, auditif) sont groupés dans la circonvolution d'enceinte de Sylvius, constituant la zone du langage. Toute lésion de cette zone altère le langage intérieur (Déjerine), entraînant, par suite, des altérations manifestes, ou latentes, de toutes les modalités du langage (parole, audition, lecture, écriture), avec troubles prédominant sur la fonction des images directement détruites. L'agraphie existe toujours. Ce sont les *aphasies vraies*. — III. Les *aphasies pures* (aphasie motrice sous-corticale, cécité verbale pure de Déjerine, surdité verbale pure) siègent en dehors de la zone du langage, et laissent intact le langage intérieur (Dejerine). Aphasies de conduction, elles n'entraînent jamais l'agraphie, et ne portent que sur une modalité du langage. Elles constituent un groupe à part, à côté des aphasies vraies. — IV. Rien n'autorise à admettre un centre moteur des images graphiques. La clinique et l'anatomie pathologique s'accordent à en démontrer l'absence. L'existence de l'agraphie pure est encore à établir.

II. — Psychophysiologie der Sprache; par Wl. Oltuszewski. — Tirage à part du *Monatsschrift für d. gesammte Sprachheilkunde.*

II. — L'enfant articule d'abord surtout des voyelles, il fait fonctionner presque inconsciemment l'appareil de la parole avant que les centres de celle-ci soient développés. Puis apparaissent les gestes, l'expression du visage et la pantomime par lesquels il se fait comprendre bien avant que les centres en question se soient formés. Ce langage se rapproche de celui des animaux. Quant aux centres, c'est celui de la mémoire des images phonétiques qui apparaît le premier, se mettant en relation avec les centres des notions des choses qui siègent dans le lobe frontal. Ainsi s'organise l'intelligence de la parole. Le développement du centre des notions précède celui du centre de la parole. Le centre des images phonétiques occupe la partie postérieure de la première temporale de l'hémisphère gauche ; il ne se développe pas avant le premier mois de la vie, s'édifie très lentement, donnant peu à peu à l'enfant la clef d'un nombre de mots de plus en plus grand. Bientôt se forme le centre qui préside à la mémoire des mouvements des muscles nécessaires à produire les sons et les mots, centre moteur qui se met en relation avec le centre des images phonétiques, au moyen duquel l'enfant répète ce qu'il a entendu, économisant ainsi ses forces intellectuelles ; il siège à la partie postérieure de la troisième frontale gauche, vis-à-vis du centre de l'ouie. Le centre phonétique fixe successivement la mémoire des phonèmes simples, des syllabes, des mots ; ce qui explique la gradation de la parole enfantine qui n'émet des phonèmes complexes, des syllabes, que vers le onzième mois, et encore n'est-ce que par imitation, sans que l'enfant comprenne beaucoup. Ce n'est que bien plus tard que la parole personnelle fonctionne, qu'il existe un lien entre la mémoire des images verbales, le centre intellectuel, le centre moteur de la parole. La parole autonome se développe, elle aussi, lentement ; l'émission précise des syllabes précède celle des mots bisyllabiques d'abord constitués par des syllabes semblables, tels que papa, mama ; à l'âge de quatorze mois, arrivent ensuite les mots bisyllabiques à syllabes differentes, finalement les mots polysyllabiques quelconques. A dix-huit mois, l'enfant commence à adapter les mots à ses idées, d'abord au moyen de quelques mots isolés renfermant individuellement chacun un sens complexe, puis au moyen de deux mots. En tout cas, avant qu'il se mette à employer la parole à bon escient, il est en possession de l'entendement, de la faculté de sentir, de la volonté.

III. — Abriss der Physiologie der Sprache mit besonderer Berücksichtigung des polnischen Alphabets ; par Wl. Oltuszewski. — Tirage à part du *Monatsschr. f. d. gesammte Sprachheilkunde.*

III. — Etude toute spéciale de la physiologie de l'articulation de la langue polonaise, dont voici les conclusions générales : « La langue de l'homme se compose de tons (voyelles) et de sons (consonnes) que nous produisons en expirant une colonne d'air, soit plus particulièrement au moyen du larynx, soit à l'aide de la cavité buccale, soit par ces deux organes simultanément. Voyelles et consonnes forment des groupes phonétiques ou syllabes avec lesquelles on constitue les mots. Au point de vue physiologique, la syllabe est formée d'un seul coup par expiration ininterrompue de la colonne d'air par les cordes vocales ou par les organes d'articulation. Par exemple, le mot *Adam* est bisyllabique, parce que nous expulsons la colonne d'air en deux fois ; la première fois, par les cordes vocales, pour former *a*, la seconde fois par les lèvres pour former la finale *m* (prononciation polonaise d'*Adam*). Le physiologiste trouve que, dans chaque syllabe, l'oreille distingue un son qui porte l'accent tonique et un son qui n'en porte pas. La première fonction est remplie par les voyelles et les consonnes liquides. Dans la parole normale, les voyelles ont donc le pas sur les consonnes. Les mots et les propositions ont, de même que les voyelles, leur accent qui donne au langage l'intonation voulue. »

IV. — L'épilepsie ; par J. Voisin. — Paris, in-8, 1897. F. Alcan, éditeur.

Etude clinique parfaite, nourrie d'observations à méditer avec soin, dans laquelle M. Voisin prodigue le talent qu'on lui connaît. Que d'enseignements magistraux sur la définition, les causes, la symptomatologie, les formes, l'évolution, le diagnostic et le pronostic de ce « syndrome, c'est-à-dire de cet ensemble de symptômes que l'on trouve plus ou moins réunis chez un même individu ». La pathogénie y est particulièrement intéressante. On ne connaît pas de lésion pathognomonique de l'épilepsie. Mais cela ne veut pas dire qu'il s'agisse d'une maladie *sine materia*. Les symptômes de l'épilepsie présentent la plus grande analogie avec les intoxications (*Archives de Neurologie*, numéros 98 à 102). La simultanéité de symptômes tels que les troubles digestifs, les manifestations épileptiques, et l'hypotoxicité de l'urine, rapprochée de la disparition de l'état gastrique et de l'apparition de l'hypertoxicité urinaire au moment où le malade revient à son état normal, semblent des preuves incontestables de l'existence d un poison retenu ou fabriqué par l'organisme, qui déterminerait, chez un sujet prédisposé héréditairement, les manifestations épileptiques. La prédisposition est essentielle ; c'est : l'état d'équilibre instable de la cellule nerveuse. Le sang de ces malades, noir, poisseux, se coagulant presque immédiatement à l'air, contient des staphylocoques, qui secrètent des toxines dont l'accumulation exerce une action convulsivante. Elles irritent les centres vaso-moteurs soit en paralysant les vaso-dilatateurs, soit en excitant les vaso-constricteurs, et modifient aussi directement le protoplasma des cellules de l'encéphale ; cette dernières hypothèse expliquerait les paralysies (par inhibition) consécutives aux accès convulsifs. Mais il faut, au préalable, un état particulier de la cellule nerveuse connu sous le nom de prédisposition héréditaire. Cette prédisposition est mise en évidence par différentes causes : intoxication alcoolique, traumatisme, cicatrice, lésion du cerveau, irritation des terminaisons nerveuses, influence moral ou physique, etc... Quel que soit, au reste, le point d'où part l'irritation, celle-ci aboutit toujours à la cellule cérébrale. Seulement le syndrome épileptique évolue différemment suivant la cause ; ainsi, dans l'épilepsie réflexe, l'intelligence reste longtemps normale, tandis que, dans l'épilepsie à état gastrique (par intoxication), l'hébétude postparoxystique et la démence consécutive (probablement par altération de la cellule) sont la règle. M. Voisin analyse merveilleusement les questions physiologiques en rapport avec les régions de l'encéphale et les trois plans de neurones. De la pathogénie ainsi conçue, il déduit la thérapeutique judicieuse, rationnelle, applicable aux diverses espèces considérées. Il n'a garde d'oublier l'assistance des epileptiques (ch. XI) et les adaptations médico-légales (ch. XII).

V. — Essai sur la nature et le traitement de l'épilepsie; par Dimitropol. — Paris, in-16, 1897, A. Maloine, éditeur.

Pour M. Dimitropol, l'épilepsie n'est qu'un syndrome dû à une auto-intoxication qui relève du ralentissement de la nutrition d'origine arthritique. Les maladies infectieuses, sans doute, peuvent faire éclore l'épilepsie, mais les microbes ou les toxines agissent sur le système nerveux moins d'une façon immédiate qu'en troublant la nutrition et préparant, ainsi, le terrain propice à son apparition. L'arthritisme constaté sur presque tous les épileptiques examinés par l'auteur se manifeste exclusivement chez eux par de l'épilepsie parce qu'il n'a pas engendré les grands syndromes éliminatoires de son ressort; il a donc déterminé une mauvaise nutrition, une élimination imparfaite, par suite de laquelle les agents toxiques sont charriés par le sang qu'ils adultèrent. De là les phénomènes morbides d'auto-intoxication — troubles gastro-intestinaux, palpitations, céphalées, migraines, que quelques auteurs ont vus se transformer en épilepsie; un pas de plus, l'épilepsie peut apparaître et s'ajouter aux symptômes précédemment énumérés. Dans ces conditions, il faut relever et accélérer la nutrition en exposant les malades à la malaria, en procédant à des inhalations d'oxygène, en activant les fonctions de la peau, du foie, des reins, des intestins; en donnant du lait, des végétaux, des viandes blanches, en injectant sous la peau de la spermine ou de l'ovarine.

VI. — Hysteria, épilepsy and the spasmodic neuroses; par Ch. Féré. — New-York, in-8, 1897. W. Wood, éditeur.

Monographies très remarquables du savant médecin de Bicêtre, tirées du *Twentieh century practice of medicine*, t. X. Elles traitent de l'hystérie, de l'épilepsie. Sous le titre de névroses spasmodiques on trouvera · la chorée (vulgaire, chronique progressive et congénitale), la tétanie, le trismus, le tic non douloureux de la face, les affections spasmodiques en rapport avec l'accessoire, le spinal, les muscles respiratoires, les névroses professionnelles, les tics convulsifs, la paralysie agitante, la maladie de Thomsen; enfin, le paramyoclonus multiple.

VII. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie; par Bourneville. T. XVII, in-8°, Paris 1897. *Progrès médical* et F. Alcan, éditeur.

C'est le compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre, pendant l'année 1896. Comme d'ordinaire, la première partie contient l'*histoire proprement dite du service* avec tous les perfectionnements appliqués soit pour l'enseignement primaire, soit pour l'enseignement professionnel; la statistique et l'étude du mouvement de la population, avec les particularités cliniques et anatomopathologiques, y forment deux tableaux plein d'intérêt; un complément précieux est le bilan de l'*état du thymus et de la glande thyroïde* chez les malades décédés en 1896. M. Bourneville nous tient encore au courant du développement de la *fondation Vallée*, au cours de la même année; il nous apprend, par exemple, que, comme à Bicêtre, on y place des idiotes et gâteuses, et des enfants propres, qu'on y a construit un nouveau bâtiment de cent lits sujet à des critiques nettement exposées. La question de l'*établissement de classes spéciales annexées aux écoles primaires pour les enfants arriérés* semble progresser. Cette partie se termine par des *revendications légitimes en faveur des aliénistes des hôpitaux*.

Dans la seconde partie, les observations forment dix-huit gros mémoires rédigés par Bourneville et ses collaborateurs F. Regnault, J. Noir, H. Vaquez, Pajaud, Rellay, J. Boyer; elles fourmillent de documents de toutes sortes (tableaux, analyses chimiques, photographies) sur les lésions organiques du cerveau avec troubles trophiques; l'idiotie par atrophie cérébrale avec pachyméningite; l'idiotie pachydermique; la forme de l'orbite des aveugles; l'idiotie congénitale par arrêt de développement; la sclérose cérébrale hémisphérique; la pseudoporencéphalie double; la méningo-encéphalite chronique; l'obésité des idiots-nains; l'alcoolisme dans ses rapports avec l'idiotie; les lésions encéphaliques des enfants; l'instabilité mentale; la dipsomanie des adolescents; la maladie de Little. Neuf planches hors texte.

BIBLIOGRAPHIE

La pendaison, la strangulation, la suffocation, la submersion; par P. Brouardel, doyen. de la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Institut. — J.-B. Baillière et fils, édit., 1897.

M. P. Brouardel publie sous ce titre une série de leçons qu'il a faites au Cours de médecine légale de la Faculté de Médecine de Paris. Dans une préface, l'éminent légiste met en garde le lecteur du livre contre les exemples qu'il publie. Il n'est pas deux cas semblables en médecine légale et il ne faut jamais se baser sur un fait déjà lu pour conclure dans un rapport particulier.

Après ce prudent avertissement, M. Brouardel aborde l'étude des asphyxies par moyens mécaniques. Ce sont là les véritables asphyxies, car les asphyxies par les gaz sont le plus souvent des intoxications. Ces asphyxies mécaniques comprennent la *pendaison*, la *strangulation*, la *suffocation* et la *submersion*. Le mécanisme de la mort n'y est pas aussi simple qu'il le paraît tout d'abord. Trois modes distincts peuvent être observés: 1° l'asphyxie due à la non pénétration de l'air dans les poumons; 2° l'asphyxie par inhibition; 3° l'asphyxie par syncope.

M. Brouardel insiste sur l'examen du cadavre de ces asphyxiés, les lividités cadavériques, le petit piqueté hémorragique sur la face, les épaules, le cou, les conjonctives, l'écoulement du sperme par l'urethère. L'autopsie nécessite de grands soins. Il faut constater la coagulation du sang dans le cœur, indice d'une asphyxie lente. Les hypérémies vésicales ne sauraient avoir une grande importance, car elles peuvent se produire post mortem.

Les ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques (signe de Tardieu) sont un excellent signe, mais ne sont pas pathognomoniques, on peut les rencontrer à la suite de nombreuses maladies.

La *pendaison* est le plus souvent due à un suicide; aussi fait-on trop rarement, de l'avis de M. Brouardel, l'autopsie de ses victimes, car assez souvent la pendaison est simulée et masque un assassinat. Le mécanisme de la mort dans la pendaison est variable selon les conditions dans lesquelles elle s'opère et selon la disposition de la corde. L'arrêt de l'air, l'arrêt de la circulation, la compression des pneumogastriques (Thanhofer), les lésions de la moelle avec luxation ou fracture de la colonne vertébrale peuvent être constatés et se produisent parfois simultanément, le plus souvent c'est l'arrêt de la circulation qui détient le premier rang.

Les symptômes de la pendaison consistent en une perte de connaissance assez brusque, puis en une période de convulsions de la face, suivies de mouvements convulsifs des membres. A cette phase fait suite une période plus ou moins longue de mort apparente à laquelle se substitue la mort définitive. L'émission des urines, des matières fécales et de sperme est exceptionnelle. La durée de la mort apparente du pendu est des plus variables et ce n'est que les divers modes qui causent l'asphyxie qui peuvent expliquer ces variations.

Chez les dépendus qui survivent, l'on constate de la congestion de la face, de la congestion pulmonaire avec dyspnée, toux, parfois hémoptysie. On observe de l'aphonie, de l'aphasie, des paralysies, de la dysphagie. On a constaté aussi assez souvent de l'amnésie et même de l'amnésie rétrograde. Enfin, il est un signe qu'à l'occasion il ne faut pas négliger, c'est le sillon de la corde. Le médecin expert, dans un cas de pendaison, doit durant l'expertise se tenir sur la plus grande réserve. Il doit examiner les conditions dans lesquelles la pendaison s'est effectuée et, à ce sujet, M. Brouardel publie de nombreuses figures exposant les divers nœuds de la corde et les positions très diverses que peuvent prendre les pendus.

L'examen du cadavre nécessite la constatation de la position du corps. La face est le plus souvent pâle (Tardieu), surtout si le nœud de la corde est placé en arrière; parfois il existe des hémorragies palpébrales intra-oculaires ou de l'oreille. La langue est parfois projetée hors de la bouche. Une écume sanguinolente peut s'échapper par les lèvres et le nez; les joues sont assez souvent le siège d'érosions. Le sillon du cou varie selon la nature du lien employé à la pendaison. La largeur, la

profondeur, la couleur, la consistance du sillon sont variables. La ligne argentée produite au niveau du sillon sur la peau disséquée et vue par transparence est un phénomène qui peut survenir après la mort.

L'ecchymose rétropharyngienne est très importante, bien que non signalée jusqu'ici. Elle ne peut jamais se manifester après la mort et est un signe très fréquent. La rupture des carotides au-dessous de leur bifurcation, les fractures de l'os hyoïde, les fractures du larynx, les lésions vertébrales doivent être recherchées, bien que n'étant pas constantes.

L'état des poumons est variable et il faut tenir compte des modifications cadavériques fréquentes. Les intestins présentent des taches analogues à celles que l'on trouve dans l'intoxication par l'oxyde de carbone. En un mot, un seul signe ne doit pas suffire à faire conclure à la pendaison, mais l'ensemble de plusieurs signes.

M. Brouardel examine ensuite un certain nombre de questions médico-légales qui peuvent être posées à l'expert et qui sont toutes très difficiles à résoudre. La plus importante est de savoir si l'on se trouve en présence d'un crime ou d'un suicide. Il est très difficile d'effectuer sans lutte une pendaison et il y a le plus souvent strangulation dans les tentatives de pendaison criminelle.

La *strangulation*, si elle est opérée avec un lien, détermine la mort par un mécanisme semblable à celui de la pendaison ; quand la strangulation est opérée au moyen de la main, la mort survient par arrêt de l'air et parfois elle survient brusquement par un phénomène d'inhibition. La strangulation peut être le fait d'un assassinat, d'un suicide et même d'un accident, surtout chez les enfants. Dans l'expertise on devra tenir grand compte des deux modes de strangulation (lien et mains). On recherchera les ecchymoses, les suffusions sanguines, les fractures du larynx et de l'os hyoïde, l'ecchymose rétro-pharyngienne, les ruptures des tuniques des carotides plus rares. Dans la strangulation au moyen de la main, l'on trouve de l'emphysème pulmonaire et de petits noyaux d'apoplexie pulmonaire que l'on ne rencontre que fort rarement dans la pendaison, la suffocation et la submersion.

Si la victime ne meurt pas, des phlegmons du cou peuvent survenir. Des troubles nerveux, parmi lesquels l'aphonie tient le premier rang, peuvent se manifester.

De nombreuses observations et expertises sur des cas de strangulation sont publiées à l'appui des avis que donne M. Brouardel, et parmi elles est l'expertise du suicide du général Pichegru, par Chaussier.

La *suffocation* et la *submersion* entrent dans le même cadre et ne varient que par les conditions différentes dans lesquelles elles se produisent. Le mécanisme de la mort est ici absolument dû à l'arrêt de l'air et les troubles de la circulation cérébrale n'interviennent pas. La suffocation est le plus souvent le fait d'un accident.

Elle peut être due à l'introduction de corps étrangers dans les voies aériennes, de corps solides dans le pharynx ou l'œsophage comme cela arrive fréquemment aux aliénés. La suffocation criminelle rare, sauf dans les infanticides, s'opère par l'occlusion des orifices respiratoires. Accidentellement, l'enfouissement détermine encore la suffocation ; il en est de même de la pression dans les foules.

Dans les cas de suffocation par compression des parois thoraciques, l'on constate des ecchymoses des conjonctives, des ecchymoses ponctuées du thorax et de la face, sous-pleurales et sous-péricardiques, de l'œdème carminé du poumon (Lacassagne). Si la suffocation est lente le cœur contient des caillots. Le thymus, quand il existe, est augmenté de volume ; parfois, chez les individus prédisposés, on trouve des hémorragies méningées.

La *submersion* est la mort par suffocation dans un liquide. Cette mort peut être subite par inhibition, brusque, dans le cas où un noyé coule à pic, lente s'il revient à la surface, respire et replonge. Parfois un noyé meurt par accident à la suite, par exemple, d'un choc qui l'étourdit et facilite ou détermine la mort par submersion. Le plus souvent, le submergé passe par cinq phases : 1° surprise ; 2° résistance ; 3° grandes respirations avec arrêt des mouvements généraux ; 4° arrêt de la respiration et perte de la sensibilité ; 5° dernier soupir. M. Brouardel expose une longue suite d'expériences sur le mécanisme de la mort chez les noyés. Le cœur bat rarement, mais fortement durant la submersion, le sang est fortement dilué par l'eau qui traverse les poumons. Le cadavre se putréfie avec une grande rapidité. Les poumons sont volumineux, résistent à la compression (emphysème aqueux), on trouve des matières alimentaires et des corps étrangers dans les bronches.

M. Brouardel expose ensuite les modifications que subit le cadavre en restant dans l'eau et insiste sur la réserve qui doit guider les experts dans leurs réponses quand on leur demande si la submersion est le fait d'un accident, d'un crime ou d'un suicide.

Le livre de M. Brouardel n'offre pas le seul avantage de reproduire les cours de l'éminent professeur, il donne en outre un nombre considérable d'observations et d'expertises, et la lecture de ces faits permet au lecteur de se défier, en médecine légale, des opinions préconçues contre lesquelles M. Brouardel mettait en garde les experts dans sa préface, car il n'est pas deux cas semblables et il ne faut jamais dans un rapport particulier conclure par analogie. J. Noir.

VARIA

La Tuberculose à Paris.

M. Landrin, au Conseil municipal de Paris, a fait observer récemment que la *tuberculose* à Paris reste stationnaire, parce que la prophylaxie de cette terrible affection, qui entre pour un quart dans la mortalité totale, n'est pas encore entrée dans nos mœurs; il a rappelé que le Conseil municipal est prêt à tenter les plus grands efforts pour luttor contre la tuberculose. En dehors des mesures hospitalières et des mesures de traitement à domicile chez les pauvres et les malheureux, qu'il appartient à l'Assistance publique de prendre, des moyens prophylactiques ont été tentés cette année en vue d'une lutte méthodique et plus complète à poursuivre à l'égard de cette maladie. Son rapport se termine par le vœu que la rougeole, celle des maladies zymotiques qui est aujourd'hui la plus meurtrière, soit comprise dans la liste des maladies pour lesquelles la déclaration médicale est obligatoire, aux termes de la loi du 30 novembre 1892.

Les logements insalubres à Paris.

M. le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris a lu récemment, à l'Institut, une notice sur *le logement insalubre* et fait voir, dans la première partie de son travail, qu'il y a un siècle, c'était dans les hôpitaux que la promiscuité assurait la fonction de foyers de pestilence et de mort; aujourd'hui, dit-il, c'est dans les logements insalubres et encombrés qu'il faut rechercher la genèse d'un fléau parmi les plus redoutables; la tuberculose: Il en est d'ailleurs de même pour le choléra, lo typhus et la peste.

Cette question des logements insalubres, a dit M. Brouardel, la seule sur laquelle en ce moment j'appelle votre attention, n'est pas neuve en France. En 1850, un mouvement généreux provoqua l'élaboration d'une loi sur les logements insalubres. A la tête des combattants, nous trouvons les noms de plusieurs des membres de l'Institut. Inspirée par un noble sentiment, cette loi fut mal conçue dans ses moyens d'action et l'un de nos confrères actuels M. Théophile Roussel pouvait, dès cette époque, annoncer à la Chambre des députés qu'elle resterait stérile. La prédiction de M. Théophile Roussel se réalisa malheureusement de point en point. Un grand nombre de nos confrères firent de louables efforts; ils constituèrent des sociétés particulières et créèrent des maisons ouvrières salubres. Mais que peut la meilleure volonté si elle reste isolée? Nous admirons leur ardeur, leur persévérance qui ne s'est pas démentie depuis un demi-siècle ; elles ne sont pas restées sans résultat, mais devant l'immensité du mal, lorsque chacun est solidaire de son voisin, qu'attendre de remèdes locaux, sans coordination entre eux? Le Parlement est de nouveau saisi de la question. Les esprits les plus droits, les plus ouverts aux idées généreuses restent hésitants : obligés d'établir une loi sur une base scientifique, ils se défient de leur compétence. Si l'Académie veut se saisir de la question, si elle veut se souvenir de l'œuvre accomplie il y a un siècle, du succès obtenu, je ne doute pas qu'elle ne donne à ce problème une solution aussi heureuse. Lorsqu'elle aura parlé, lorsqu'elle aura mis en pleine lumière les nécessités auxquelles il faut pourvoir, les dernières hésitations s'évanouiront. Il y a quelques mois, M. Beernaert, Président du

Conseil des Ministres de Belgique, recevait à Bruxelles les membres du Congrès des logements insalubres. Il leur disait : « Ce sera l'honneur de notre temps d'avoir compris mieux qu'aucune autre époque, qu'il y a des intérêts impérieusement collectifs, que le bien de chaque partie du corps social est nécessaire au bien des autres, que le dévouement et l'amour du prochain ne sont pas seulement des vertus, mais des devoirs, et qu'il appartient à ceux qui sont arrivés au sommet de la colline d'aider les autres à y parvenir à leur tour. »

Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Un projet concernant les jurys des *thèses de doctorat* et la conséquence d'un vœu émis par plusieurs membres du Conseil tendant à ce que les règlements des différents doctorats soient revisés de manière à permettre au doyen de n'importe quelle Faculté, lorsqu'il le jugera utile, d'appeler un professeur d'ordre différent à faire partie du jury à titre délibératif a été discuté. En conséquence, le Conseil a décidé que dans les Facultés des différentes Universités le doyen pourra, avec l'approbation du recteur, appeler à faire partie du jury des thèses de doctorat des professeurs d'autres Facultés dont l'enseignement se rapporte à l'ordre d'études auquel appartient la thèse présentée. Dans les Facultés de l'Université de Paris, ces dispositions peuvent être appliquées aux professeurs du Collège de France, du Muséum, de l'Ecole des Chartes et de l'Ecole des Langues orientales vivantes. Voici le texte des articles en question.

Article 1er. Dans les Facultés et écoles supérieures de pharmacie, le doyen ou directeur peut appeler à faire partie du jury des thèses des professeurs d'autres Facultés de l'Université, dont l'enseignement se rapporte à l'ordre d'études auquel appartient la thèse présentée. — *Article* 2. Dans l'université de Paris, cette disposition peut-être appliquée aux professeurs du collège de France, du Muséum, de l'Ecole des Chartes et de l'Ecole des Langues orientales vivantes, aux maîtres des conférences de l'Ecole normale supérieure et aux directeurs de l'École pratique des hautes études.

Un projet a fixé la date à partir de laquelle le décret du 31 juillet 1893 sur les *études médicales* restera seul en vigueur. Ce dernier décret ne contenait, en effet, aucune disposition transitoire pour les élèves ayant commencé leurs études avant qu'il fût édicté. Il en résultait que les étudiants pouvaient considérer qu'ils conserveraient indéfiniment la faculté de concourir pour le diplôme de docteur en medecine dans les conditions prévues par le decret sous le régime duquel ils avaient été inscrits. La date proposée au Conseil supérieur de l'instruction publique est le 1er octobre 1903. — C'est samedi dernier que le Conseil devait s'occuper du cas de M. Heim. Contrairement à l'usage, M. Heim avait été convoqué devant le Conseil pour assister à cette séance ; il aurait pu avec son défenseur, M. Millerand, y presenter lui-même sa défense ; mais on a renvoyé cette question à plus tard. — Un des projets était relatif au doctorat ès sciences. Aux termes de ce projet, pour être admis à subir les épreuves du doctorat ès sciences, les candidats devront à l'avenir justifier du diplôme de licencié, avec mention de l'un des certificats d'études supérieures.

Monument Tarnier.

Les anciens élèves de M. Tarnier désirent lui élever à Paris un monument qui perpétue sa mémoire. Ils ont à cet effet provoqué la formation d'un comité composé de delegués pris parmi les membres de l'Université, les anciens élèves et amis de M. Tarnier, les élus du département de la Côte-d'Or, les membres du Conseil général de la Seine et du Conseil municipal de Paris, les Sociétés savantes dont M. Tarnier faisait partie, etc.

Les souscriptions sont reçues à Paris : chez MM. Fontana, notaire, 10, rue Royale ; Collin, 6, rue de l'Ecole-de-Médecine; Masson, 120, boulevard Saint-Germain; G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.

Commission d'exécution. — *Président* : M. Brouardel. — *Membres* : MM. Pinard, Budin, Ribemont-Dessaignes, Maygrier, Bar, Bonnaire, Potocki, Tissier, Dubrisay, anciens élèves de M. Tarnier. MM. Laboulbene, Guyon, professeurs à la Faculté. MM. Bergeron, Cadet de Gassicourt, membres de l'Académie de Médecine. MM. Magnin, sénateur ; Lucipia, conseiller municipal ; E. Dubois, conseiller général. M. Peyron, directeur général de l'Assistance publique. M. Millard, médecin des hôpitaux M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie. MM. Laurens, artiste peintre ; Moreau, sculpteur ; Scellier de Gisors, architecte, amis de M. Tarnier. MM. Bourneville, directeur du *Progrès médical* ; Huchard, directeur du *Journal des Praticiens*. MM. Masson, G. Steinheil, éditeurs. — *Secrétaire* : M. Champetier de Ribes, 19, rue Saint-Guillaume. — *Secrétaire-adjoint* : M. Démelin, 49, rue de Rome. — *Trésorier*: Me Fontana, notaire, 10, rue Royale.

Concours « Weber-Parkes 1900 ».

Prix et médailles.

Le *prix* est une somme d'environ 3 925 francs. Deux médailles seront données : la première au gagnant du prix, l'autre à l'auteur de l'essai qui sera classé second. Le sujet choisi pour le prochain concours de 1900 est l'*étiologie de la tuberculose humaine* et l'aide que la connaissance de l'étiologie peut rendre dans le traitement préventif. Le mémoire doit être basé sur un travail original et des observations expérimentales ou autres de l'auteur et doit comprendre une exposition détaillée des méthodes employées et leur manière d'être appliquées.

Tous les mémoires doivent être envoyés au bureau du Collège pendant la dernière semaine de mai 1900. Pour plus amples renseignements s'adresser à M. Edward Livevrig, Registrar, Royal College of Physicians. London. S. W.

Le Baccalauréat des Infirmiers.

Le *Temps* a publié sous ce titre l'article suivant :

Une idée juste a consisté à se dire, il y a quelques années, qu'il fallait réformer, ou plutôt organiser l'éducation professionnelle des infirmiers et des infirmières. L'hygiène moderne est une science. Comment admettre que les personnes vouées au service des malades ignorent les principes essentiels de cette science ? Comment permettre qu'un empirisme grossier soit seul à les guider ? Tel préjugé traditionnel, telle ignorance, telle maladresse, peut coûter la vie à un malheureux. Que les infirmiers et infirmières apprennent donc à manier les malades, à manier les remèdes et, surtout, qu'ils se defassent des vieilles routines, toujours mauvaises, souvent meurtrières ! Et l'on a ouvert, à Paris, des écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières. Je n'y vois, pour ma part, aucun mal. Le savoir n'est jamais nuisible. Un ouvrier, qui sait *pourquoi* il doit s'y prendre de telle manière, plutot que de telle autre, pour bien faire son ouvrage, est un meilleur ouvrier que celui qui n'en sait rien. Mais on ne devait pas se borner à ouvrir des écoles et à professer des cours. Il était inevitable qu'on créat aussi un diplôme. On a pensé — et c'est ici que je cesse d'acquiescer — qu'il convenait d'offrir à la clientèle de ces écoles municipales un rouleau de parchemin, grand objet de convoitise, d'émulation et d'orgueil ! C'est ainsi, qu'à la liste deja longue de nos divers baccalauréats, est venu s'ajouter le baccalaureat des infirmiers et des infirmieres. L'examen ne porte pas encore ce titre, et j'anticipe un peu sur les événements en le lui donnant. Mais si peu ! Gageons que, bientot, on l'appellera officiellement de ce nom.....

Nous ne comprenons pas qu'un journal aussi sérieux que le *Temps* ait pu insérer pareilles billevesées. Mais il va plus loin encore et ajoute :

Il est manifeste qu'en allant au delà d'un simple enseignement — et d'un enseignement tres simple — sans sanction ni peau d'âne, on a dépassé le but. On a orienté vers la théorie, des gens qu'il eût mieux valu orienter vers la pratique. On a donné un avantage marqué à l'intelligence assimilatrice, ou seulement à la mémoire, alors que les qualités les plus appréciables chez un infirmier ou une infirmiere sont d'un tout autre ordre. Si nous avions à en choisir, nous leur demanderions, tout d'abord, vous et moi, du dévouement et de la propreté, et nous serions dans le vrai.

Comme un programme peut toujours recevoir des modifications, et comme il est dans le goût du jour de changer tous les programmes, je propose de remplacer, au baccalauréat des infirmiers, les compositions de physiologie et d'anatomie, par des compositions de propreté et de dévouement.

Ce dernier alinéa prouve que le Rédacteur du *Temps* ne sait pas un mot de ce qui se passe dans les Ecoles d'infirmières : ce qui est fait pour nous étonner. Nous nous mettons à son entière disposition pour le lui apprendre ou le lui montrer.

Administration des Établissements publics d'Assistance.

Le Ministre de l'Intérieur a été autorisé à saisir le Parlement d'un projet de loi préparé par la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques et délibéré par le Conseil d'Etat, et ayant pour objet d'unifier l'Administration des établissements publics d'assistance. Actuellement, il existe des commissions des hospices, des bureaux de bienfaisance et des bureaux d'assistance médicale, qui fonctionnent séparément souvent, côte à côte, dans la même commune, sans que leur action soit coordonnée. La projet de loi en question, tout en maintenant l'autonomie financière des établissements eux-mêmes — qui est nécessaire pour que ceux-ci puissent recevoir des dons et legs — institue, dans chaque commune, une commission unique chargée de représenter les pauvres et de gérer leur patrimoine. Le projet comporte, en outre, une disposition par laquelle les orphelinats, crèches, asiles et autres institutions ayant pour objet l'assistance communale, pourront être constitués comme établissements publics, par décrets rendus en Conseil d'Etat. Enfin, le projet contient une dernière partie ayant pour objet de réglementer les établissements intercommunaux d'assistance et de créer des établissements interdépartementaux du même genre.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 24. — *2e de Doctorat* (Nouveau régime) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet, Hanriot. — (*2e partie*). (*1re série*) : MM. Blanchard, Retterer, Sébileau. — (*2e série*) : MM. Reynier, Rémy, Weiss. — *3e de Doctorat* (*2e partie*) : MM. Fournier, Déjerine, Letulle. — *5e de Doctorat* (*1re partie*). Chirurgie. (*1re série*) : MM. Tillaux, Marchand, Tuffier. — (*2e série*) : MM. Segond, Ricard, Lejars. — (*2e partie*) : MM. Hayem, Gaucher, Widal.

MARDI 25. — *2e de Doctorat* (*2e partie*). (*1re série*) : MM. Raymond, Quénu, Chassevant. — (*2e série*) : MM. Chantemesse, G. Ballet, André. — (*3e série*) : MM. Rémy, Gley, Roger. — *3e de Doctorat*, oral (*1re partie*). (*1re série*) : MM. Panas, Campenon, Maygrier. — (*2e série*) : MM. Berger, Bar, Nélaton. — *5e de Doctorat* (*1re partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Le Dentu, Hartmann. — (*2e partie*). (*1re série*) : MM. Jaccoud, Hallopeau, Charrin. — (*2e série*) : MM. Debove, Hutinel, Marfan.

MERCREDI 26. — Médecine opératoire : MM. Kirmisson, Delbet, Sébileau. — *2e de Doctorat*. Nouveau régime. (*1re série*) : MM. Gautier, Déjerine, Rémy. — (*2e série*) : MM. Gariel, Ch. Richet, Retterer. — *2e de Doctorat* (*2e partie*) : MM. Blanchard, Hanriot, Weiss. — *3e de Doctorat*, oral (*1re partie*) : MM. Reynier, Broca, Bonnaire. — *5e de Doctorat* (*1re partie*). Chirurgie : MM. Marchand, Lejars, Walther. — (*2e partie*) : MM. Brissaud, Gaucher, Gilles de la Tourette.

JEUDI 27. — Médecine opératoire : MM. Panas, Quénu, Hartmann. — *2e de Doctorat* (*2e partie*). (*1re série*) : MM. Chantemesse, Gley, Achard. — (*2e série*) : MM. Raymond, Rémy, Charrin. — *3e de Doctorat*, oral (*1re partie*) : MM. Guyon, Bar, Albarran. — (*2e partie*) : MM. Hutinel, Troisier, Ménétrier. — *4e de Doctorat* : MM. Pouchet, Gilbert, Thoinot.

VENDREDI 28. — *2e de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Ch. Richet, Rémy, Hanriot. — (*2e partie*). (*1re série*) : MM. Reynier, Retterer, André. — (*2e série*) : MM. Blanchard, Brissaud, Weiss. — *4e de Doctorat* : MM. Pouchet, Netter, Thoinot. — *5e de Doctorat* (*1re partie*). Chirurgie. (*1re série*) : MM. Terrier, Marchand, Broca. — (*2e série*) : MM. Tillaux, Kirmisson, Walther. — (*2e partie*) : MM. Dejerine, Gaucher, Gilles de la Tourette (*1re partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 29. — *2e de Doctorat* (*2e partie*). (*1re série*) : MM. Mathias-Duval, Hallopeau, Chassevant. — (*2e série*) : MM. Pouchet, Gley, Achard — (*3e série*) : MM. Quénu, Rémy, André. — *5e de Doctorat* (*2e partie*). (*1re série*) : MM. Cornil, Raymond, Roger. — (*2e série*) : MM. Debove, Gilbert, Ménétrier. — (*1re partie*). Obstétrique : MM. Campenon, Bar, Maygrier.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 26. — M. Meillon. Contribution à l'étude des paralysies du larynx d'origine centrale. — M. Lescudé. Pneumonie par contusion. — M. Jacob. Rapports de la menstruation et de l'allaitement. — M. Desfosses. De la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. — M. Dellac. Sur une complication rare de la fracture des côtes.

JEUDI 27. — M. Deyber. Etat actuel de la question de l'amœbisme nerveux. — M. Siron. Intervention précoce dans les péritonites aiguës diffuses d'origine appendiculaire. — M. Planchon. Présentation de l'épaule. Etude étiologique. — M. Brulin. Bassin à forme double oblique ovalaire chez les rachitiques.

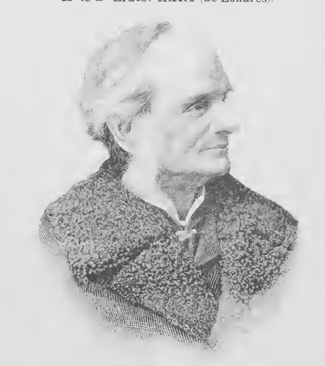
Enseignement médical libre.

Thérapeutique appliquée aux maladies nerveuses. — M. le Dr VERRIER a commencé un cours libre à l'amphithéâtre Cruveilhier de l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole de Médecine, le mardi 11 janvier 1898, à 4 heures ; il le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Institut Psycho-Physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts. *Cours et Conférences du semestre d'hiver* 1897-1898. — Jeudi 27 janvier, à 5 heures, M. le Dr TISON : *La physiologie du neurone. Applications des travaux de Branly à l'étude de la conductibilité nerveuse.* — Jeudi 3 février, à 5 heures, M. le Dr BÉRILLON : *La pédagogie suggestive et l'orthopédie mentale* (démonstrations expérimentales). — Jeudi 10 février, à 5 heures, M. le Dr Paul FAREZ : *L'hypnotisme considéré comme procédé d'expérimentation en psychologie.* — Jeudi 17 février, à 5 heures, M. le Dr Jules BOIS : *De la suggestion dans les grimoires et dans les documents relatifs à l'ancienne magie (évocations, incantations, philtres, charmes et envoûtements).* — Jeudi 24 février, à 5 heures, M. Eugène CAUSTIER : *Psychologie comparée : L'évolution sexuelle et les combats des animaux pour la suprématie* (projections à la lumière oxhydrique). — Jeudi 3 mars, à 5 heures, M. le Dr Max NORDAU : *La paralysie générale : signes précoces et formes frustes de la paralysie générale.* — Jeudi 10 mars, à 5 heures, M. le Dr BÉRILLON : *La psychologie de la vision et l'évolution de la fonction visuelle* (démonstrations des Rayons de Rœntgen, par le Dr Daginecourt). — Jeudi 17 mars, à 5 heures, M. le Dr Henry LEMESLE : *Les aliénés criminels.* — La plupart des conférences seront accompagnées de présentations de malades, de démonstrations cliniques de psychothérapie, de démonstrations expérimentales et de présentations d'appareils.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Ernest HART (de Londres).



M. le Dr HART (de Londres).

L'un des plus célèbres représentants de la Presse médicale, un des journalistes les plus actifs et les plus connus, M. le Dr Ernest HART (de Londres), directeur du *British Medical Journal*, vient de succomber. Il est décédé à Brigthon, où il s'était fixé depuis quelques mois pour les soins de sa santé, le 7 janvier dernier.

Fils d'un dentiste qui pratiquait dans West-London, il naquit dans cette ville en 1835 (et non pas en 1836). Il fit ses études médicales à l'Ecole de Médecine de Lane, rattachée à *St-George's Hospital*, après avoir reçu une excellente éducation à l'Ecole de la Cité, dont il fut un des élèves les plus brillants. Il s'établit comme médecin dans cette ville, après avoir été admis membre du *Royal College of Surgeons of England*, et exerça quelque temps comme chirurgien et ophtalmologiste. Après s'être occupé très activement de la réorga-

nisation du service de santé de la marine, il fut nommé à *Ste-Mary's Hospital* en 1856, puis y fut chargé du service d'ophtalmologie en 1861. En 1863, il fut directeur de l'Ecole de Médecine de Ste-Mary's Hospital. Il débuta dans le journalisme, à la *Lancet* dès 1856, et s'y fit remarquer par son tempérament de polémiste et d'homme d'action : il avait alors trente et un ans. C'est en 1866 qu'il fut appelé à diriger le *British Medical Journal*, qui, sous sa direction habile et vaillante, devait devenir pour tous les autres journaux un concurrent plus que redoutable. Il fonda aussi d'autres revues de moindre importance, par exemple, le *London Medical Record*, et une publication spéciale, le *Sanitary Record*. Il a rendu de grands services par ses nombreuses campagnes, entre autres, celle si remarquée où il a révélé les défauts d'organisation des workhouses londoniens, et celle où il a combattu pour l'amélioration des asiles et hôpitaux de la métropole. Toutes les questions d'hygiène lui étaient familières. Il a fait adopter dans de nombreuses villes du Royaume-Uni une série de règlements destinés à prévenir les épidémies propagées par la pollution du lait. Il a fondé une société pour la *protection de l'enfance* et a contribué beaucoup au développement de celle contre l'*abus du tabac*.

Voici les principales brochures publiées par M. Hart :

Note on the formation of fibrine. London, J.-E. Adlard, 1882, in-8, 7 p., 1 pl. — *The truth about vaccination and refutation of the assertions of the anti-vaccinators.* London, Smith, Edler et Cº, 1880, in-8, XII-75 p. — *An account of the condition of the infirmaries of London work-houses* (Printed form « *The Fortnightly Review*). » London, Chapman et Hall, 1866, in-8, 16 p. — *On some of the forms of disease of the eye constituting the condition commonly called amaurosis.* London, J. Churchill and Sons, 1864, in-8, 32 p. — *On diphtheria; its history, progress, symptoms, treatment and prevention.* London, J. Churchill, 1859, in-12, 36 p. — *Picturesque burma: Passe and Present.* Londres, 1897.

Nous ne citerons, bien entendu, aucun des nombreux articles de journaux de M. Hart. Il faudrait plusieurs volumes pour en faire l'énumération, car ce fut un écrivain aussi infatigable que brillant.

Ce que les journalistes français doivent le plus admirer en ce collègue, le type de l'homme d'action, c'est son esprit d'entreprise et sa grande énergie. Né en France, il est probable qu'il n'aurait pas pu donner un essor aussi remarquable à ces qualités de premier ordre; mais, en Angleterre, il était sur son terrain, entouré de gens capables de le comprendre, de l'aider et de le suivre dans toutes les voies nouvelles où il s'est lancé. Pour nous, en particulier, il fut un Maître ; sa perte est un deuil pour le journalisme médical, dont il était le plus populaire des représentants dans les pays anglo-saxons. M. B.

FORMULES

I. — Mixture pour le pansement de la carie dentaire.
(M. S. DUNOGIER).

Acide phénique cristallisé . .	} *àà*	2 grammes.
Essence de citron		
Alcool à 90 degrés.		10 —

Mêlez. — Usage externe.

Une boulette de ouate imprégnée de ce liquide, dans lequel l'essence de citron sert à masquer l'odeur de l'acide phénique, est introduite au fond de la cavité dentaire, préalablement lavée et séchée; on la recouvre ensuite d'un autre petit tampon de coton chargé de teinture de benjoin. (*Sem. Méd.*).

II. — Traitement de l'Epistaxis.

Pour le saignement de nez un nouvel hémostatique vient de naître, très supérieur, dit-on, à la clé dans le dos. Ce remède, qui peut rendre de grands services en cas d'hémorragies persistantes, est simplement *la gélatine*, substance commune autant qu'inoffensive. Employée en solution à cinq pour cent, elle coagule le sang dans le vaisseau lésé et forme immédiatement le caillot qui permettra la cicatrisation. Cette solution est très facile à fabriquer. Ne pas oublier que ce liquide gélatineux fermente très facilement et ajouter soit un cristal de camphre, soit une pincée d'acide borique.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 2 au samedi 8 janvier 1898, les naissances ont été au nombre de 1.239, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes. 464, illégitimes, 208 Total, 672. — *Sexe féminin* : légitimes. 407, illégitimes, 160. Total, 567.

MORTALITE A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18.380 militaires. Du dimanche 2 au samedi 8 janvier 1898, les décès ont été au nombre de 1.227, savoir : 595 hommes et 632 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 1, T. 2 — Typhus : M 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 4, F. 4, T. 8. — Scarlatine : M. 1, F. 0 T. 1, — Coqueluche : M. 0, F. 1 T 1. — Diphtérie, Croup : M. 1, F. 4, T. 5 Grippe : M. 12, F. 22, T. 34. — Phtisie pulmonaire : M. 70, F. 120, T. 190 — Meningite tuberculeuse : M. 14 F. 19 T. 33. — Autres tuberculoses : M. 20 F. 34, T 54. — Tumeurs bénignes : M 10 F. 18. T. 28 — Tumeurs malignes : M. 0 F. 7, T. 7 — Méningite simple : M 30, F. 23. T. 53. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 0, F. 0. T. 0. — Paralysie, M. 2, F 6. T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 6, T 10. — Maladies organiques du cœur : M. 27, F. 51, T. 78 — Bronchite aiguë : M. 23, F. 16, T. 39. — Bronchite chronique : M. 30, F. 34, T 64 — Broncho-pneumonie : M 32, F. 40, T. 72. — Pneumonie : M. 34, F. 50 T. 84. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 38, F. 27, T. 75. — Gastro-entérite, biberon : M. 13. F. 6, T. 19 — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 3, T. 7. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 1, T. 4. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 0 T. 4 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4 — Débilité congénitale : M. 9 F. 15, T. 24 — Sénilité : M. 20, F. 42 T. 62 — Suicides : M. 15, F. 4, T 19. — Autres morts violentes : M 12, F 10. T. 22 — Autres causes de mort : M. 92, F. 70, T. 162. — Causes restées inconnues : M. 6 F 2, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 95, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 39, illégitimes, 9. Total : 48. — *Sexe féminin* : légitimes, 29, illégitimes, 18. Total : 47.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. PRUVOT, professeur de zoologie à la Faculté des Sciences de l'Université de Grenoble, est nommé sous-directeur chef des travaux de zoologie pratique et appliquée à la Faculté des Sciences.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. LE CHATELIER, ingénieur en chef des mines, est nommé professeur de chimie minérale au Collège de France, en remplacement de M. Schutzenberger, décédé.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Tableau d'Avancement.* — 1º Pour le grade de médecin en chef : les médecins principaux : 1. M. Breton (Joseph-Ferdinand), 2. M. Abelin (Augustin-Charles-Marie), 3. M. Ambiel (Gustave-Jules-Emile). 2º Pour le grade de médecin principal : les médecins de 1re classe : 1. M. Cousyn (Eugène-Frédéric-Louis), 2. M. Sibaus (Joseph-Honoré-Côme-Marie). 3º Pour le grade de médecin de 1re classe : les médecins de 2e classe : 1. M. Vincent (Jean-Baptiste), 2. M. Gombaud (Jean). Maintenus pour une nouvelle période de deux années au tableau d'avancement : 1º Pour le grade de médecin principal : M. Feraud (Benoit-Désiré), médecin de 1re classe. 2º Pour le grade de pharmacien en chef : M. Rouhaut (Pierre-Maximilien), pharmacien principal. 3º Pour le grade de pharmacien principal : M. Cavalier (Lazare-Louis), pharmacien de 1re classe. 4º Pour le grade de pharmacien de 1re classe : les pharmaciens de 2e classe : M. Henry (Baptistin-Joseph), M. Auche (Auguste). — M. le médecin de 1re classe Chastang (L.-E.J.), du port de Rochefort, est mis à la disposition de la Société des Œuvres de mer, à compter du 15 janvier 1898, pour embarquer sur le *Saint-Paul*, navire-hôpital, à destination de l'Island — M. le pharmacien de 1re classe Perron, du port de Brest, est autorisé à concourir pour l'emploi de professeur de chimie biologique à Rochefort, le 17 janvier 1898.

Promotions. — Armée active. — Au grade de médecin principal de 1re classe, M. Blaise. Au grade de médecin principal de 2e classe, M. Eude. Au grade de médecin-major de 1re classe, MM. de Balthasar de Gacheo, Boisson, Petit et Prieur. Au grade de médecin-major de 2e classe, MM. Deumier, Merlat, Busquet, Lucy, Roy, Teissier et Vielle. — MM. Letonturier, Cadet, Mielvaque, Lassignardie et Gachet sont nommés médecins auxiliaires.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — La décoration du Mérite agricole est conférée aux personnes ci-après : *Grade d'Officier* : MM. Croutelle, pharmacien à Mantes; Marcellin, docteur-médecin à Sausses (Basses-Alpes). *Grade de Chevalier* : MM. Bonnarme, pharmacien au Blanc (Indre); Berniard, pharmacien à Saint-Savin (Gironde); Doléris, docteur-médecin à Lembeye (Bas-

ses-Pyrénées) ; Lavanchy, jardinier-chef de la Faculté de Médecine de Paris; Recourat, pharmacien à Beauvais; Revire, pharmacien à Philippeville (Algérie); Thomas, docteur-médecin à Billom (Puy-de-Dôme).

Médecins français en Chine. — M. Audiffred, député de la Loire, a demandé au gouvernement la création de plusieurs postes de médecins français en Chine, pour permettre à l'influence française de pénétrer dans l'empire du Milieu, car il est unanimement reconnu que les médecins européens, par l'exercice de leur art et les soins qu'ils donnent gratuitement aux malades pauvres, développent dans les autres pays des sympathies pour la nation à laquelle ils appartiennent. C'est ainsi que M. le Dr Deblenne, qui a accompagné la mission lyonnaise en Chine, a trouvé que trente ans après le passage de médecins de la marine française dans le Yunnan, le souvenir des services rendus par ces confrères aux autorités et à la population était encore très vivace parmi les habitants de la région. (*Sem. méd.*)

Société médico-psychologique de Paris. — La Société médico-psychologique de Paris vient de renouveler son bureau pour l'année 1898. Ont été élus : M. le Dr Meuriot, président, le Dr Jules Voisin, vice-président, le Dr Ritti, secrétaire général, les Drs Sollier et Semelaigne, secrétaires annuels.

Université de Vienne. — *Troubles.* — A la suite du changement survenu dans la situation, un avis du recteur de l'Université de Vienne, le 29 novembre, a rapporté l'arrêté en vertu duquel l'Université avait été fermée. Le recteur a exprimé sa confiance dans la conduite des étudiants.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat. — Liste d'admissibilité à l'oral.* — MM. Lœper, Poulain, Léo, Pasnier, Esmonet, Chifoliau, Petitjean, Cathelin, Roche (L.), Durand-Viel, Guisez, Maubert, Bourgeois, Milhiet, Alglave, Leri, Gauchery, Deschamps, Degorce, Prat, Ferrand, Babonneix, Duval, Jeannin, Huguier, Boricaud, Bonnel, Ribierre, Mauté, Herscher, Stanculéanu, Le Gambier, Croisier, Silhol, Férouelle, Caubet, Lenglet, Lacapère, Grenet, Sikora, Netter (G.), Pédébidou, Judet, Leroy, Jeannot, Bisch, Chauveau, Bricet, Levesque, Lesourd (F.), Monod, Morichaut-Beauchamp, Elias, Nicaise, Lance, Labbé, Costin, Lyonnet, Roché, Kahn, Aribas, du Pasquier, de Gorsse, Follet, Gimbal, Tourlet, Assicot, Chevrey, Berthier, Gennet, Mousseaux, Lesourd (D.), Grisot, Robert, Legroux, Heitz, Katz, Mutzner, Kindirjy, Lefas, Meuriot, Dambrin, Laubry, Moret (L.), Neveu, Lecorne, Bertrand, Arloing, Weill (B.), Bergeron, Audistère, Nollet, Quiserne, Aguinet, Mircoup, Girod, Voisin, Delille (Armand), Demerson, Camus, Arnal, Boissier, Charpentier, Pamard, Legros (G.), Coudert (R.), Tesson, Cathalo, Chevrier, Daniel, Sabatier, Bentz, Chapotin, Gasne, Mlle Pariselle, Gombeau, Kelley, Frouin, Godineau, Polle, Mesley, Housselot, Géraud, Langevin, Le Roy des Barres, Guihal, Maury, Dyonis du Séjour, Leraitre, Poulard, Sebilleau, Detot, Boivieux, Louvet, Weill (G.), Voisin (R.), Bluzat, Gardner, Ball, Cahen, Mohar, Logerot, Pauly, Diel, Millon, Ferurque, Leh, Cheruy, Foulon, Leclerc, Loisel, Delherme, Lehman, Salomon, Roglet, Le Maguet, Lucius, Ertzbischoff, Lortat (Jacob). — Le jury du concours de l'internat ayant déclaré qu'il lui était impossible de terminer les épreuves du concours en temps utile, pour que les élèves qui vont être nommés puissent entrer en fonctions à la date fixée du 1er février, l'admission des élèves après avis du Conseil de surveillance du 6 janvier 1898, a décidé que : « Les élèves et externes actuellement en exercice dans les hôpitaux et hospices sont prorogés dans leurs fonctions jusqu'au 28 février inclusivement. »

Epreuve orale. — 7 janvier : *Col de l'utérus. Symptômes et diagnostic des corps fibreux de l'utérus.* — 10 janvier : *Muscles grands droits de l'abdomen et leur gaine. Signes, diagnostic et traitement préventif du tétanos.* — 12 janvier : *Muqueuse de l'estomac. Formes cliniques et diagnostic de l'urémie.*

Concours pour la nomination aux places d'élèves Internes en Pharmacie vacantes au 1er juillet 1898 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Le lundi 14 mars 1898, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie qui seront vacantes dans les hôpitaux et hospices au 1er juillet 1898. Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mardi 1er février jusqu'au lundi 28 du même mois inclusivement.

Hospice-Orphelinat de l'Avenir du Prolétariat. — Parmi les juges du concours institué pour examiner les projets présentés par les architectes au sujet de la construction de cet hospice, nous remarquons les noms de MM. les Drs Napias, A.-J. Martin, Papillon, Blache et Madeleine Brès. — Trois concurrents seulement se sont présentés : ce sont MM. Goumens, Capron et Renneway, Mignet. — Nous avons pu voir les projets exposés et l'un d'eux en particulier indique de sérieux efforts. Nous espérons le voir récompensé. Nous reviendrons ultérieurement sur ce concours, les épreuves terminées.

Asile d'Aliénés de Saint-Ylie près Dôle (Jura). — *Demande d'interne.* — 14 inscriptions ; traitement, 800 fr., logement, nourriture, chauffage, éclairage et blanchissage. S'adresser à M. le Dr Sizeray, médecin-directeur de l'asile.

Asiles d'Aliénés de la Seine. — *Commission d'Études.* — Le Conseil général de la Seine vient de nommer une commission pour examiner les différentes questions intéressant l'hospitalisation des aliénés, tant au point de vue des vœux à émettre que des résolutions à prendre. Elle est composée, hors les membres de droit, de tous les médecins titulaires et adjoints des Asiles de la Seine, du professeur de clinique des maladies mentales, et de MM. Terrier et Picqué (pour la chirurgie), Nocard et Miquel (pour le projet d'un laboratoire central des Asiles) et Colin (pour les aliénés criminels). La même assemblée a, par une délibération en date du 29 décembre 1897, invité l'Administration à ouvrir des conférences avec le directeur de l'Assistance publique et avec le doyen de la Faculté de Médecine de Paris pour étudier le transfert de la clinique de Sainte-Anne à la Salpêtrière et pour organiser un stage obligatoire de trois mois dans un service de médecine mentale que devrait faire tout candidat au doctorat.

Epidémies. — *Une épidémie au 118e.* — Une légère épidémie sévit en ce moment à ce régiment et doit être attribuée aux influences climatériques que nous subissons. Quantité d'hommes sont indisposés. L'infirmerie est insuffisante pour les recevoir et beaucoup de malades ont dû être dirigés sur l'hôpital.

La Peste aux Indes. — Le nombre des décès, par suite de la peste à Bombay, du 6 au 13 janvier, a été de 450. Le total général des morts pour la même période a été de 1.307.

Epidémie de Fièvre typhoïde. — On écrit de Tulle que la fièvre typhoïde sévit avec intensité dans la commune de Laguenne. Les écoles ont dû être licenciées et un arrêté municipal interdit les puits de la commune.

Association des Dames françaises. — Les cours de l'Association des Dames françaises sur l'hygiène, sur l'art des pansements et sur les soins à donner aux malades et aux blessés ont lieu les lundis et les vendredis à partir de ce jour, 10, rue Gaillon, avenue de l'Opéra, à quatre heures. Des diplômes seront délivrés, conformément aux règlements, aux personnes qui auront passé leurs examens avec succès.

Médecins candidats aux Élections sénatoriales. — Plusieurs candidatures se sont produites pour l'élection qui doit avoir lieu le 27 février dans le Var, afin d'élire un sénateur en remplacement de M. Anglès, radical, décédé ; citons celles de M. le Dr Sigallas, conseiller général, et de notre ami, M. le Dr Félix Brémond, publiciste, à Paris.

Exercice illégal de la Médecine par les Sages-Femmes. — Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié l'affaire de la sage-femme, dans la commune de la Barre-de-Monts, poursuivie pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. Acquittée par le tribunal des Sables-d'Olonne, M. le procureur de la République avait fait appel du jugement. Plusieurs de nos confrères ont raconté depuis que la Cour avait confirmé purement et simplement le jugement rendu par le tribunal des Sables. Il y a là une erreur absolue. La Cour d'appel de Poitiers a en effet condamné la femme Verré à 25 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine et à 25 francs d'amende pour exercice illégal de la pharmacie. — Espérons qu'elle se souviendra de la leçon !

Exercice illégal de la Médecine. — *Un Médecin « fin de siècle ».* — Au village de la Petite-Garnère (Vendée), un monsieur bien mis, portant jaquette et pantalon noirs, brun, petit et imberbe, se présentait dans différentes maisons du village, s'informait de la santé des habitants. Apercevant sur le seuil de la porte des époux G..., une femme : « Vous êtes anémique, ma petite dame », lui dit-il en s'approchant d'elle. « Seriez vous docteur médecin ? répondit la dame G...; en ce cas ce n'est pas moi la plus malade, j'ai une petite fille âgée de deux ans qui ne cesse pas de crier du matin au soir ». Le *faux médecin* fit coucher l'enfant sur une table et après un examen attentif, s'écria gravement : « Votre fillette a une boule de vers qui lui ronge le tube digestif de l'abdomen ! Et maintenant, selon votre générosité, je vous dirai ce que vous avez, vous ! » La femme G... donna les 50 centimes qu'elle possédait chez elle et se laissa ausculter par le médecin qui lui ordonna de faire bouillir des graines de citrouille pendant plusieurs heures ! Les époux G... font partie de l'*Assistance médicale gratuite* et c'est en présentant l'ordonnance à la Mairie qu'on s'aperçut de la

supercherie! La police recherche activement ce pseudo-médecin fumiste et escroc.

LE TESTAMENT DU Dr EVANS. — Le *Figaro* dit connaître les dispositions testamentaires du Dr Evans, récemment décédé, qui fut, on se le rappelle, le dentiste de Napoléon III. Il laisse une fortune qu'on évalue à 25 millions; il la lègue presque en totalité à la ville de Philadelphie, sa ville natale, à charge par elle d'exécuter certaines clauses peu banales. C'est ainsi qu'elle devra construire un musée, le « musée Evans », qui sera exclusivement affecté à l'exposition des médailles, décorations, insignes divers, vêtements et papiers du légataire. De plus, la ville de Philadelphie devra conserver au minimum 1 million, 2 millions au maximum, pour ériger sur une de ses places une statue monumentale du docteur. En cas de refus par la ville de Philadelphie, le legs fera retour à cinq exécuteurs testamentaires. Le journal *American Register*, appartenant au Dr Evans, devient la propriété de M. Crane, actuellement rédacteur en chef, à charge pour lui de publier les notes, souvenirs et documents recueillis par le défunt. Le *Figaro* fait observer que le Dr Evans ne laisserait pas un centime aux œuvres de bienfaisance qu'il a contribué à fonder, notamment au « Home », cet établissement destiné à aider les jeunes Américains venant à Paris terminer leurs études.

UN CAS BIZARRE DE DEUX JUMEAUX. — Deux jumelles qui ne sont pas de la même année, cela peut paraître paradoxal. Une dame de Jersey, habitant à la Première Tour, près de Saint-Helier, et nommée Mme Marie-Joseph T....., mettait au monde vendredi dernier, 31 décembre 1897, à dix heures du soir, une jolie petite fille. Vers deux heures du matin, c'est-à-dire le 1er janvier 1898, Mme Tanguy donnait le jour à une seconde petite fillette aussi ravissante que sa sœur jumelle, venue au monde l'année précédente, bien qu'à quelques heures de distance seulement. Mais le plus curieux de l'affaire, c'est que, légalement, le jumeau venu second étant considéré comme l'aîné, c'est, en l'espèce, la petite fille née en 1897 qui est la cadette.

UN MÉDECIN PRÉVOYANT. — A New-York, un médecin, M. le Dr Clark Dunlop, a dessiné lui-même les plans et présidé en personne à la construction du caveau dans lequel sa femme et lui dormiront leur dernier sommeil. Le sol et les murs sont recouverts de mosaïques; le plafond est peint à fresque par un des premiers artistes américains.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous avons reçu les deux premiers numéros d'un nouveau journal : *L'Intermédiaire des Biologistes*, organe international de zoologie, botanique, physiologie et psychologie. Directeur : A. Binet ; directeur-adjoint : V. Henri. Secrétaires de la rédaction : N. Vaschide et A. Petit. — Paraissant le 5 et le 20 de chaque mois à la librairie Schleicher frères, 15, rue des Saints-Pères, Paris. — Prix de l'abonnement : Paris et départements : 10 fr. — Union postale : 12 fr. — Nous signalons cette publication à l'attention de nos lecteurs.

ERRATUM. — La *Revue médicale* nous fait remarquer que nous avons imprimé récemment « Rigaud » au lieu de M. Giraud, étudiant. — Soit. Elle a raison. Mais quel est l'amphithéâtre de Paris, qui, d'après elle, porte ce nom : Amphithéâtre *Rotain?* (même numéro, p. XX). *Errare humanum est!*

NÉCROLOGIE. — M. le Dr BRISSEZ, chirurgien honoraire des hôpitaux de Lille. — M. le Dr Filippo LUSSANA, professeur émérite de physiologie à la Faculté de Médecine de Padoue. — M. le Dr Karl von RZEHACZEK, professeur émérite de chirurgie à la Faculté de Médecine de Gratz. — M. le Dr P. MOULTANOVSKY, privat-docent de chirurgie à l'Académie militaire de Médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le Dr Montgomery Albert WARD, ancien lecteur d'anatomie et de physiologie à Ledwich School of Medicine de Dublin. — M. le Dr Robert-Charles KIRKPATRICK, lecteur de chirurgie à l'Université de Montréal. — M. le Dr JEANNIN, de Montceaux-les-Mines. — M. le Pr CONTESSE, de Lons-le-Saulnier, décédé le 10 janvier, à l'âge de 84 ans. — M. le Dr SOUBIRAN, de Paris, reçu en 1838. — M. le Dr PRÉDHOMME, de Lille. — M. le Dr TERMONIA, de Seraing. — M. le Pr VALLIN, de Lille, ancien interne des hôpitaux de Paris. — M. le Dr WEBER, ancien médecin major de 1re classe, qui avait fait toute sa carrière en Algérie. Il fut un des survivants du *Borysthène*, qui fit naufrage dans la traversée de Marseille à Alger.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL TROUSSEAU. — M. KIRMISSON a commencé ses leçons cliniques le mardi 25 janvier, à 10 heures, et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — *Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie.* — M. le Dr SEVESTRE, médecin des hôpitaux, chargé du cours de clinique annexe, fait, à l'hôpital des Enfants-Malades (pavillon Trousseau), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie). Sont admis à suivre cet enseignement MM. les Etudiants pourvus de seize inscriptions et MM. les Drs en Médecine. Chaque élève est exercé à l'examen bactériologique et à la pratique des interventions opératoires. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet no 1), tous les jours, de midi à trois heures. Les élèves sont classés par séries de vingt et pour une période de un mois. (MM. les Drs en Médecine doivent justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AUX BUREAUX DU PROGRÈS MÉDICAL

NOTES CLINIQUES

SUR L'EMPLOI DE LA

NOUVELLE TUBERCULINE T.R.

DU Pr KOCH

Dans le traitement des Tuberculoses

PAR

Le Dr J.-S. DAURIAC

Une brochure in-8 carré de 60 pages. — Prix : 1 franc. — Pour nos abonnés . . . . 0 fr. 75

MANUEL PRATIQUE

DE LA

GARDE-MALADE & DE L'INFIRMIÈRE

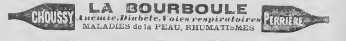
Publié par le **Dr BOURNEVILLE**

Rédacteur en chef du *Progrès médical*, Médecin de Bicêtre, Directeur des Écoles municipales d'infirmières, etc.

Avec la collaboration de MM. Ed. BRISSAUD, P. CORNET, BUDIN, H. DURET, P. KERAVAL, G. MAUNOURY, MONOD, J. NOIR, POIRIER, Ch.-H. PETIT-VENDOL, PINON, P. REGNARD, SEVESTRE, SOLLIER, VIRON, P. YVON, Me PILLIET-EDWARDS.

Sixième édition revue et augmentée.

Ce manuel se compose de cinq volumes : T. I. *Anatomie et physiologie* ; — T. II. *Administration et comptabilité hospitalières* ; — T. III. *Pansements* ; — T. IV. *Soins à donner aux femmes en couches. Soins à donner aux aliénés. Petite pharmacie. Petit dictionnaire des termes médicaux* ; — T. V. *Hygiène.* — Prix des cinq volumes in-18 jésus : 7 fr. 50. — Pour nos abonnés. Prix . . . . 6 fr.



Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Etude histologique sur les variétés de l'appendicite folliculaire ;

Par **A.-H. PILLIET** (1).

L'appendicite ordinaire, à rechutes, a son siège anatomique dans les follicules clos de l'organe. L'importance de cette folliculite signalée par M. Quénu (2) en 1892, à propos d'un examen histologique de M. Carel, a été mise en lumière par M. Costes et moi dans un mémoire relatant la description de deux cas d'appendicites. Si l'appendicite folliculaire est une, elle présente pourtant des variétés et des degrés, mis en lumière tout d'abord par MM. Siredey et Leroy, puis par MM. Letulle (3), Monod et Macaigne; etc., etc. C'est de quelques-unes de ces variétés que nous voudrions nous occuper ici; en les multipliant toutefois le moins possible, car l'appendicite étant une maladie à répétition, à rechutes, l'appendice présente rarement les mêmes lésions dans toute sa longueur; il peut être atrophié en un point touché anciennement, hypertrophié en un autre; et les dénominations d'hyperthermiques, hypertrophiques ou atrophiques employées pour telle ou telle forme n'ont que peu de précision.

1° Appendicite calculeuse.

L'appendicite ordinaire est caractérisée, au point de vue anatomo-pathologique, par une lésion des follicules clos; d'où le nom d'appendicite folliculaire donné par moi à cette affection. Cette notion suffit à expliquer la plupart des accidents qui compliquent l'inflammation de l'appendice iléo-cæcal et en particulier la perforation. Mais on doit la préciser si l'on cherche à étudier les différentes modalités cliniques de l'affection; car dans chacun de ces modes d'évolution, le type anatomique doit nécessairement varier dans des limites proportionnelles à celles que caractérisent les différences cliniques.

Nous prendrons comme un type de forme spéciale l'appendicite calculeuse. La présence de calculs dans l'appendice est assez fréquente. Elle a été regardée comme une des causes de l'affection. Nous croyons qu'elle n'en est qu'une conséquence. Ces calculs ont été assimilés à des boulettes fécales, à des matières alimentaires durcies. Nous verrons qu'en règle générale il n'en est rien.

M. le Dr Guinard ayant eu l'occasion de faire examiner, par M. le Dr Patein, Pharmacien en chef de l'Hôpital Lariboisière, un certain nombre de ces concrétions, nous enseigna, dans le cours de l'année dernière, que les concrétions de l'appendice contenaient des phosphates et des carbonates alcalins; que c'étaient de véritables calculs.

Ayant eu l'occasion d'examiner un calcul ovoïde volumineux de l'appendice, mesurant deux centimètres dans son plus grand diamètre, enlevé avec succès par M. le Pr Tillaux sur un malade de la ville, j'en fis faire l'examen chimique, et grâce à l'obligeance de M. Patein, je sus qu'il était formé surtout de carbonate de chaux, d'acides gras, mais qu'il ne contenait aucun des éléments qu'on rencontre dans les matières fécales (scatol, etc).

L'examen histologique de la paroi montrait une muqueuse fomenteuse et boursouflée, bourrée de follicules clos tuméfiés, dont un certain nombre, rompus et ulcérés, s'ouvraient à la surface de l'intestin par des points cratériformes. Mais c'est là le tableau de toute appendicite folliculaire. Ce qui frappait surtout, c'était la conservation des glandes en tube de Lieberkühn, des glandes à mucus superficielles, qui se détachent si vite dans les inflammations aiguës de l'appendice et qui se trouvaient là nombreuses et allongées. Elles devaient donc jouer un rôle dans la formation du calcul, et lui fournir un noyau de mucus.

J'ai examiné à ce point de vue une série d'autres appendicites calculeuses, et voici, brièvement, le résultat de ces examens.

Sur une appendicite folliculaire en voie de perforation, adressée par M. le Dr Delagénière, du Mans, on trouve dans l'extrémité libre de l'appendice un corps brunâtre, à apparence de calcul. Sur les coupes, en ce point, les follicules tuméfiés et ulcérés plus haut sont plutôt rares, comme dans les cas d'appendicite à répétition en voie de guérison. En revanche, les glandes en tube sont magnifiquement développées, leurs cellules à mucus sont énormes et reposent sur une rangée quelquefois double de cellules de remplacement. Les rameaux de leur charpente sont extrêmement congestionnés. De leur goulot s'échappent des flots de mucus qui englobent des cellules desquammées et vont s'agglutiner au bloc central qui oblitère la lumière du conduit.

Celui-ci est composé d'abord de mucus parsemé de cellules muqueuses encore intactes ou devenues globuleuses, ensuite de petits amas de globules rouges venus des vaisseaux de la paroi et formant des lacs isolés dans le mucus. Au pourtour de ces amas, et dans la masse muqueuse, se voient d'autres amas plus petits, et très irréguliers, de globules blancs.

C'est tout ce que l'on trouve dans ce calcul. Ni parcelle de végétal, ni fragment de fibre striée, aucun débris alimentaire ne vient se mêler au mucus et au sang.

Sur une seconde appendicite enlevée également par M. le Dr Delagénière, l'appendice était occupé tout entier par un cylindre noir et dur, ayant toute l'apparence d'un bouchon stercoral.

Les coupes montrent les follicules clos tuméfiés, les glandes de Lieberkühn élargies et bourrées de cellules à mucus; le calcul lui-même présente plutôt l'apparence d'un caillot; il est composé de mucus et surtout de sang. Il est parsemé de dépôts noirs, dus à l'action, sur le fer du sang, des sulfures de l'intestin.

A l'extrémité libre de l'appendice, les glandes et les follicules sont en voie d'atrophie; le processus tend à la guérison par cicatrisation et le caillot-calcul se trouve intimement en contact par places avec la paroi de bourgeons charnus dans lesquels on retrouve des cellules migratrices chargées du pigment noir du caillot. Deux autres cas d'appendicite calculeuse nous ont donné tout à fait les mêmes résultats. Nous devons donc en conclure :

1° *Au point de vue du calcul.* Il est surtout composé de mucus et de sang. Ce point explique les résultats des analyses chimiques et concorde avec ce que nous savons de la composition du mucus qui contient, comme nos calculs, des phosphates et des carbonates alcalins (1). Ces calculs sont donc tout à fait comparables à ceux des canaux excréteurs des glandes salivaires.

2° *Au point de vue de l'appendicite.* La forme calculeuse est une forme plutôt lente, atténuée: il faut en effet pour que le calcul se forme, que les glandes de Lieberkühn restent en place; qu'elles soient excitées, mais non dé-

(1) Voir Pilliet. — *Société de Biologie*, 15 et 22 janvier 1898.

(2) Quénu. — *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 8 juin 1892, p. 430. — Pilliet et Costes. *Société anatomique*, janvier 1895, p. 19. — Siredey et Leroy. *Presse Médicale*, 30 janvier 1897.

(3) Letulle. *Histologie pathologique de l'appendicite.* (*Bulletin Société médicale des hopitaux*, 1897, p. 144).

(1) Armand Gautier. — *Chimie appliquée*, 1874, t. II, p. 123.

truites. Elle peut donc coexister avec les formes de guérison. Pourtant une appendicite calculeuse peut subir une poussée aiguë tout comme une appendicite ordinaire ; et j'ai en ai eu récemment un exemple net. Mais en général elle correspond à une évolution qu'on pourrait pourrait appeler catarrhe de l'appendicite, en opposition à la forme aiguë, ulcérative et perforante.

2° Appendicite oblitérante.

L'oblitération de l'appendice iléo-cæcal a été signalée à plusieurs reprises et a fait l'objet d'une série d'études anatomiques, avant que Lawson Tait n'eût *lancé* (j'emploie le mot à dessein, car il rend absolument la vérité), l'appendicite comme maladie chirurgicale. C'est ainsi qu'avant de connaître l'évolution de l'appendicite folliculaire, Lockwood et Rollestin avaient constaté l'oblitération de l'appendice 7/160 ; Lafforgue, 6/200 ; Ribbert, 99/400. Bierhoff en Allemagne, Fitz en Amérique, au lieu de penser qu'il s'agissait là, suivant les idées courantes de leur temps, de la régression d'un organe inutile, attribuèrent au contraire l'occlusion à un processus inflammatoire ayant guéri par l'oblitération de la lumière de l'appendice. C'est cette dernière opinion qui nous paraît être la vraie ; elle permet de comprendre les cas de kystes de l'appendice signalés par plusieurs auteurs et siégeant au-dessous des oblitérations.

Plusieurs oblitérations de l'appendice ont été signalées dans ces derniers temps par M. Macaigne et par moi-même. J'en ai observé pour ma part six cas tous identiques. La description du premier nous servira pour les autres. Il s'agit d'une femme de 43 ans ayant eu quatre ou cinq attaques antérieures d'appendicite, et qui fut opérée avec succès au commencement de cette année par M. le Pr Tillaux à la Charité. L'appendice enlevé était, comme c'est la règle, très raccourci, il ne mesurait que 4 cent 1/2, il était dur et paraissait transformé en un cordon plein.

Les coupes faites à différentes hauteurs ont donné les résultats suivants : au dessous de l'embouchure dans le cæcum, la lumière de l'appendice est encore perméable ; les glandes de Lieberkühn sont courtes; et par places elles ont disparu par suite de l'ulcération des follicules clos qu'elles recouvraient. Ces follicules sont eux-mêmes très tuméfiés en général, et le chorion, ainsi que la tunique musculaire, sont envahis par des traînées de cellules rondes suivant le trajet des vaisseaux lymphatiques.

Ce tableau est celui de l'appendicite folliculaire ordinaire, et cette poussée de folliculite correspond sans doute à la dernière crise qu'a présentée la malade.

Mais à un centimètre au-dessous de l'embouchure de l'appendice, la scène change. Les glandes de Lieberkühn ont complètement disparu ; il n'existe plus de lumière de l'appendice, le centre est occupé par un amas lymphoïde irrégulier dans lequel on peut reconnaître le gonflement de trois follicules clos, ou tout au moins de leurs débris. De cet amas rayonnent des tiges vasculaires qui sont les débris de l'ancien réseau capillaire du chorion, et qu'on voit plongées dans un tissu conjonctif fibreux, riche en cellules jeunes, produit par l'épaississement inflammatoire de l'ancien chorion.

Cette espèce d'étoile fibreuse est d'autant plus nette qu'elle est entourée d'une auréole de tissu adipeux enflammé qui s'étend jusqu'à l'anneau musculaire. Il n'est pas rare, dans les anciennes appendicites, de constater cette gaîne de graisse entre la muqueuse et la musculeuse. Elle dissèque ces deux tuniques et les isole. Son inflammation peut aller jusqu'à déterminer le sphacèle du tube interne. Ce qui nous importe, c'est qu'elle ne manque à peu près jamais sur les coupes d'appendices oblitérés. La musculeuse et la couche sous-péritonéale sont enflammées, et ce processus se propage au meso de l'appendice, chargé lui aussi des mêmes cellules adipeuses, inégales, souvent énormes, présentant plusieurs noyaux entourés de collerettes de cellules migratrices, enfin présentant tous les caractères de l'inflammation.

Sur une coupe pratiquée au milieu de la hauteur de l'appendice, le noyau lymphoïde central a beaucoup diminué de volume, le centre pileux se rétrécit, devient de plus en plus découpé, le tissu adipeux augmente.

Enfin, vers la pointe de l'appendice, il n'existe plus qu'un axe fibreux plus chargé de cellules migratrices en son centre.

Sur une autre pièce, provenant de M. le Pr Reclus, nous trouvons une lumière encore perméable; mais il n'existe plus de traces de glandes en tube, et les follicules mis à nu présentent une surface de bourgeons charnus qui tendent à s'accoler.

Sur trois autres appendices adressés au laboratoire par M. le Dr Delagénière (du Mans), les lésions étaient les mêmes, ainsi que sur un appendice provenant d'une autopsie du service de clinique chirurgicale de la Charité.

L'oblitération de l'appendice est donc une suite de la folliculite. Elle nécessite la destruction des glandes en tube. Les follicules ulcérés, mis au contact, s'accolent d'abord, puis se résorbent peu à peu. Ce travail paraît se faire en plusieurs temps ; il débute le plus communément par l'extrémité libre. S'il se produit plus haut, on observe un kyste de la portion située au-dessous.

C'est donc une façon de guérir de l'appendicite folliculaire; mais il ne faut pas prendre ici le mot de guérison dans son sens clinique. C'est la guérison de quelques-uns des follicules malades, par leur suppression, mais ceux qui restent conservent leurs propriétés, et, d'autre part, la couche de tissu adipeux enflammé, qui se développe au milieu de la paroi de l'appendice, reste exposée à toutes les infections possibles. Il ne faudrait donc pas conclure de l'évolution naturelle de l'appendicite vers la guérison à l'inutilité de l'intervention.

3° Appendicite gangréneuse.

Cette forme d'appendicite, appelée aussi nécrosante (1), heureusement rare, est la plus grave de toutes ; elle s'accompagne de perforations rapides et multiples et de péritonite généralisée ou, tout au moins, de phlegmons septiques étendus.

C'est elle qui rentre le moins dans le cadre de l'appendicite folliculaire. En effet sa marche est si prompte que toute les tuniques de l'appendice se trouvent prises simultanément, et qu'il est souvent impossible de préciser une localisation dans un des tissus de l'organe.

C'est elle, par contre, qui rappelle le plus les processus généraux susceptibles d'amener la destruction de la muqueuse de l'intestin, en particulier l'intoxication par le sublimé corrosif et la dysenterie. Notre distingué collègue M. Laveran a déjà signalé cette ressemblance des lésions du gros intestin avec celles de l'appendice pour l'appendicite en général (2).

Si l'assimilation de la pathologie de l'appendice à celle du gros intestin pèche par un certain nombre de points, car les deux organes diffèrent sensiblement au point de vue de l'anatomie normale ; si l'on peut établir des nuances et des degrés marqués entre l'appendicite folliculaire commune et la rectite, il n'en est pas de même pour l'appendicite gangréneuse. Les lésions sont d'emblée à leur maximum ; toutes les tuniques de l'intestin sont prises, et c'est le siège de la lésion qui nous explique la différence des phénomènes cliniques, mais non la nature même de cette lésion.

Nous avons pu en observer trois cas, provenant d'interventions chirurgicales : l'une de M. le Dr Walther, les deux autres de M. le Dr Delagénière (du Mans). L'appendice dans ces trois cas était perforé, la paroi était mince, flasque, d'un noir ardoisé, la cavité dilatée ; dans un cas elle contenait des débris alimentaires (viandes, légumes) encore reconnaissables, ce qui montre la rapidité avec laquelle l'affection peut évoluer.

Au voisinage de la perforation on ne trouve plus de glandes de Lieberkühn ; les débris de leur charpente con-

(1) M. Letulle et Weinberg. — Histologie pathologique des appendicites. *Soc. de Biologie*, 1897, p. 816.

(2) Laveran. — *Académie de Médecine*, 5 mai 1896.

jonctive vasculaire flottent dans la cavité. Les follicules clos sont encore assez souvent reconnaissables, ils forment une masse continue et ne paraissent pas très tuméfiés. Ils sont surtout farcis de sang épanché, ce qui explique la teinte noirâtre de la muqueuse. Ce même farcissement par le sang et une quantité considérable de globules de pus se retrouve dans tout le chorion qui se trouve ainsi supprimé dans les couches musculaires et dans le péritoine. Il se poursuit jusque dans le meso de l'appendice, en sorte que la lésion constitue au point de vue histologique un mélange d'apoplexie sanguine et d'infiltration purulente.

Au niveau de la perforation, on voit que la couche musculaire et la muqueuse disparaissent en même temps par une sorte de liquéfaction. Le plan horizontal et la trame conjonctive du chorion sous-muqueux résistent plus longtemps; puis on ne trouve plus sur les coupes que les filaments de cette dernière trame, qui disparaît à son tour. La perforation se fait en bloc : elle est toujours très large : dans nos trois cas elle occupe sur la circonférence de l'appendice un espace qui n'est pas inférieur au tiers de cette circonférence et se rapproche plutôt de la moitié. C'est donc un processus distinct de l'ulcération folliculaire, même quand elle est complexe; il se rapproche beaucoup plus des formes gangréneuses térébrantes de la dysenterie, et c'est pour rappeler ce rapport que je préfère le terme de *gangréneuse*, plus ancien du reste, à celui de nécrosante.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Les Opérations nouvelles et rares sur les voies biliaires (*suite*) (1).

Les Opérations exceptionnelles sur le Cholédoque;

Par **Marcel BAUDOUIN**,

Préparateur du Cours d'Opérations à la Faculté de Médecine de Paris, Rédacteur en chef des *Archives provinciales de Chirurgie*.

Les opérations que jusqu'ici on a pratiquées sur le Canal Cholédoque sont les suivantes :

1. *Injections dans le cholédoque ;*
2. *Drainage du cholédoque* et partant *de l'Hépatique*;
3. *Laparotomie paracholédochienne*;
4. *Cholédocholithotripsie*;
5. *Cholédochotomie* ;
6. *Cholédochostomie;*
7. *Cholédochectomie* ;
8. *Cholédocho-entérostomie.*
9. Les autres opérations possibles, déjà exécutées sur l'homme ou les animaux, sont : 1. *La ligature du cholédoque* ; 2. *Le cathétérisme du cholédoque;* 3. *Le massage du cholédoque* (Refoulement des calculs du cholédoque) ; 4 *La lithectomie cholédochienne* ou extraction des calculs du cholédoque par une incision faite sur une partie quelconque des voies biliaires, autre que ce canal. Cette incision peut même être remplacée par une simple *dilatation* (avec ou sans incision libératrice) de l'ampoule de Water ou *Lithectomie cholédochienne transduodénale*, intervention un peu spéciale ; 5. On pourrait à la rigueur avoir à faire la *suture du cholédoque* (pour traumatismes, etc.) ou *Cholédochorrhaphie*, manœuvre qui rentre dans l'histoire de la cholédochotomie, etc.

Notre maître, M. le Pr F. Terrier (1) et nos collègues et amis, MM. Le Petit (2) et Jourdan (3), ayant étudié, dans des monographies très étendues et récentes, la *Cholédochotomie* et la *Cholédochostomie* (4), nous les laisserons complètement de côté ; et nous nous bornerons à étudier ici les opérations pratiquées sur le cholédoque d'une façon tout à fait exceptionnelle. C'est à ce groupe que nous avons réservé la dénomination d'*Opérations rares*.

Elles n'ont guère d'ailleurs qu'un intérêt purement historique, la plupart d'entre elles étant appelées à disparaître devant la marche envahissante de la Cholédochotomie, l'opération de choix évidemment pour les calculs vulgaires du cholédoque, affection la plus fréquente de ce conduit. Mais, comme personne, jusqu'à présent du moins, n'a abordé ces questions de médecine opératoire dans une étude d'ensemble, nous espérons faire œuvre utile, en réunissant, dans la seconde partie de ces notes sur la chirurgie des voies biliaires, tous les documents que nous avons pu recueillir jusqu'à ces derniers temps sur ce sujet ardu.

Nous avons remarqué, non sans tristesse, que la plupart sont d'origine étrangère. Il faudra sans doute encore quelques années avant de voir cette chirurgie devenir d'un usage plus courant dans notre pays. Les résultats qu'elle a donnés sont pourtant assez encourageants pour que des Français ne la dédaignent pas !

Les opérations, que nous appelons *rares*, comprendront donc toutes celles qu'on pratique sur le cholédoque, sauf la cholédochotomie; toutefois nous laisserons aussi de côté ici la cholédochostomie, puisqu'elle a déjà été étudiée par F. Terrier

Nous insisterons surtout sur celles qui ont été pratiquées déjà plusieurs fois : telles la *cholédochectomie*, la *cholédocholithotripsie*, la *cholédocho-entérostomie*, le *massage du cholédoque*, la *lithectomie cholédochienne* et ses variétés, le *drainage cholédocho-hépatique*, etc.

Nous complèterons ces chapitres par un bref résumé des opérations tentées *à travers le duodénum* sur le *cholédoque*, pour une affection du cholédoque. Le cholédoque et le duodénum sont, en effet, en trop étroites relations pour qu'on puisse séparer des interventions de ce genre dans une revue d'ensemble comme celle que nous avons tenté de faire.

Nous n'aborderons pas ici les manœuvres opératoires telles que le *cathétérisme du cholédoque*, la *suture du cholédoque*, les *injections* quelconques *intracholédochiennes de liquides*, manœuvres dont l'étude se trouve déjà dans les études d'ensemble parues il y a peu de temps sur le cathétérisme des voies biliaires (Terrier) (5), sur la cholédochotomie (6), sur les injections dans les voies biliaires (M. Baudouin) (7). Nous ne dirons rien non plus de la *Laparotomie paracholédochienne*, qui n'est qu'une très légère variante de la *Laparotomie parahépatique*, dont on retrouve d'ailleurs l'histoire dans les autres opérations sur les voies biliaires.

---

(1) Voir *Progrès médical*, 25 juillet et 1er août 1896; 5, 12 juin, 3, 24 juillet, 21, 28 août, 25 septembre et 2 octobre 1897.

(1) F. Terrier. — *De la Cholédochotomie* in *Rev. de Chirurgie*, nov. 1893.

(2) Le Petit. — *De la Cholédochotomie*. Thèse, Paris, 1894.

(3) Jourdan. — *De la Cholédochotomie*. Thèse, Paris, 1895.

(4) F. Terrier. — *De la Cholédochostomie*. — *Rev. de Chir.*, Paris, 1893, XIII, 81-97.

(5) Terrier et Dally. — *Cathétérisme des voies biliaires*. — *Rev. de Chir.*, 1891 et 1892.

(6) Terrier, Le Petit, Jourdan. — *Loc. cit.*

(7) Baudouin (Marcel). — *Des injections liquides dans les voies biliaires*. — Broch. in-8°, 1894 ; et *Prog. méd.*, 1894.

*

I. — Refoulement des calculs du Cholédoque ou Massage du Cholédoque.

Définition. — On doit désigner sous ce nom spécial la manœuvre qui consiste à déloger les calculs situés dans le cholédoque et à les refouler soit dans le duodénum, soit dans le canal cystique et la vésicule biliaire, sans qu'il y ait eu antérieurement le moindre broiement de ces calculs.

Quand il y a eu Cholédocholithotripsie préalable, on conçoit que ce refoulement soit possible et plus facile; mais il s'agit alors d'une autre opération, de la *Cholédocholithotripsie* elle-même, que nous étudierons plus tard.

Historique. — C'est une sorte de massage du cholédoque, proposé dès 1885 par Maunoury et employé par divers chirurgiens. Malheureusement, il n'a guère donné jusqu'ici que des insuccès. Beaucoup l'ont essayé, mais en vain (Porter, 1892), et ont dû recourir ensuite à la cholédocholithotripsie (Langenbuch, Sprengel, M. Robson, etc.) ou à la cholédochotomie (Riedel, Heussner, Frank, Hochenegg, etc.).

Harley (1) a proposé jadis de déplacer les calculs du cholédoque sans laparotomie préalable. Il recommandait alors de perforer la paroi abdominale non incisée à l'aide d'une longue aiguille ; puis, à l'aide de cet instrument agissant au hasard dans l'intérieur de la cavité abdominale, de déloger les calculs du cholédoque, en repoussant avec cette aiguille les concrétions biliaires vers l intestin. Avec Courvoisier, on jugera très sévèrement pareille tentative, qui a été exécutée sur l'homme avec un insuccès flagrant d'ailleurs : ce qui n'a pas empêché Harley de recommander encore ultérieurement une opération semblable, aussi funeste dans ses résultats qu'incompréhensible au point de vue opératoire. Et c'est vraiment Maunoury de Chartres) qui, le premier, a préconisé le véritable refoulement des calculs du cholédoque dans le duodénum, à l'aide d'une incision abdominale exploratrice préalable.

Observation I.

Langenbuch (Cas I) (Août 1886).

Calculs du Cholédoque. — Massage du Cholédoque. — Lithectomie cholédochienne par voie cholécystique. — *Cholédocholithotripsie* (2). — *Cholécystotomie.* — *Mort.*

Observation II.

Riedel (Cas I) (1888).

Calculs de la vésicule. — *Cholécystostomie en deux temps.* — Calcul du Cholédoque *situé dans l'Ampoule de Water.* — Massage du Cholédoque. — *Cholédochotomie infructueuse.* — *Cholédocho-entérostomie* (3). — *Mort.*

Observation III.

Sprengel (Cas I) (13 novembre 1890).
(Résumé) (4).

Lithiase biliaire. — *Laparotomie exploratrice.* — Massage du Cholédoque pour Calcul du Cholédoque, *situé près de l'embouchure du Cystique* (Le calcul reste dans le Cholédoque). — Ictère. — *Cholécystectomie et Cysticolithotripsie.* — *Calcul de l'hépatique.* — *Cholédocholithotripsie.* — *Cholédocho-duodénostomie pour rétrécissement du cholédoque.* — *Guérison* (4).

(1) Harley. — *Extrusion of gallstones by digital manipulation.* — London, 1889.
(2) Voir *Cholédocholithotripsie* (Obs. I).
(3) Observation publiée à l'article *Cholédocho-entérostomie* (Obs. I).
(4) Voir l'Obs. à l'article *Cholédocho-entérostomie* (Obs. II).

Observation IV.

Hochenegg (Cas I) (20 décembre 1890).
Résumé (1).

Calcul du Cholédoque. — *Calculs du cystique.* — Massage *infructueux* du Cholédoque. — *Cholédocholithotripsie.* — *Cholédochotomie.* — *Cysticotomie sans sutures.* — *Fistule.* — *Guérison.*

Observation V.

Mayo Robson (Cas I) (12 mars 1891).
Résumé (2).

Calculs de la vésicule. — Calculs du Cholédoque. — *Cholécystostomie.* — Massage du Cholédoque, *infructueux.* — *Cholédocholithotripsie.* — *Guérison.*

Observation VI.

Heussner (Cas I) (6 juin 1891).

Calculs de la vésicule biliaire. — Calculs du Cholédoque. — *Cholécystotomie.* — Impossibilité du *cathétérisme des voies biliaires.* — Massage du Cholédoque (efforts de refoulement des calculs du cholédoque dans la vésicule et le duodénum). — *Cholédocholithotripsie infructueuse.* — *Cholédochotomie.* — *Guérison* (3).

Observation VII.

Frank (Cas I) (27 juin 1891).
Résumé (4).

Calcul du Cholédoque. — *Tentative de refoulement* (Massage) *du calcul.* — *Cholédocholithotripsie infructueuse.* — *Cholédochotomie.* — *Guérison.*

Observation VIII.

Bland Sutton (Cas I) (18 septembre 1891).
Résumé (5).

Calculs de la vésicule et du cystique. — Calculs du Cholédoque. — *Tentatives de refoulement* (Massage) *des calculs du cholédoque et de cholédocholithotripsie.* — *Cholédochotomie.* — *Guérison.*

Observation IX.

Porter (Cas I) (1892) (6).

Calculs du Cholédoque. — Tentatives vaines de refoulement au cours d'une *Laparotomie exploratrice.* — *Amélioration.*

Mme S..., 54 ans, mère de quatre enfants, commença en 1865 à ressentir une douleur violente, cessant subitement, dans l'hypocondre droit. Ces douleurs revinrent à des intervalles de deux semaines à deux ans, jusqu'en 1885. Alors, après un rude travail, elle ressentit la même douleur, qui continua à la faire souffrir par intervalles durant dix-huit mois et disparut. Mme S... devint grasse et forte. En 1889, elle commença à maigrir et à éprouver dans la même région une douleur rémittente, accompagnée d'une jaunisse intense et de démangeaisons violentes sur toute la surface de la peau. Peu après le début de cette dernière crise, une tumeur douloureuse se développa dans la région de l'hypocondre gauche. La malade a beaucoup souffert en même temps d'hémorroïdes, et dernièrement d'un prolapsus anal. Elle se plaint beaucoup d'une dilatation gazeuse de l'estomac et des intestins. Je l'ai vue le 15 janvier 1892, jour où elle me fit le récit précédent. Elle avait maigri et présentait, avec une jaunisse intense, l'aspeot d'une personne qui a beaucoup souffert.

A l'examen, le foie fut trouvé hypertrophié et dur; une

(1) Voir *Cysticotomie* (Obs. I, § B. *C. atypiques*).
(2) Voir *Cholédocholithotripsie* (Obs. XV).
(3) Voir *Choledocholithotripsie* (Obs. VIII).
(4) Voir l'Observation à l'article *Cholédocholithotripsie* (Observation XIX)
(5) Voir l'Observation à l'article *Cholédocholithotripsie* (Obs. XX).
(6) Porter (Miles). *Medical News*, 3 septembre 1892, p. 267 (Cas no IV).

tumeur ayant la forme et le volume de la rate fut découverte dans l'hypocondre gauche. On diagnostiqua une occlusion des canaux cholédoque ou hépatique, par des calculs probablement, avec hypertrophie du foie et de la rate.

Opération. — La laparotomie fut pratiquée le 20 février, sachant qu'elle ne pouvait qu'établir le diagnostic. On trouva la vésicule biliaire oblitérée : les canaux hépatique et commun étaient fixés à la paroi postérieure de la cavité abdominale et renfermaient trois calculs, l'un gros comme une noisette, les autres un peu plus petits. Le foie était comme couvert de gros « clous » et dur.

Après avoir inutilement essayé de déloger les calculs, on referma l'abdomen.

Suites. — Tout alla bien jusqu'au matin du quatrième jour; le pouls devint alors si faible que la garde-malade ne pouvait compter les pulsations et la patiente se plaignait d'étouffements. A 2 heures du soir je la vis ; le pouls était monté à 147, la température à 99°,5 F.; la suffocation était moindre. On avait donné du whisky à la malade ; je n'ordonnai rien de plus. A 6 heures le pouls descendit à 93 et tout alla bien jusqu'au quinzième jour; la malade se plaignait d'avoir froid ; les pulsations étaient au nombre de 152, le pouls faible. Je fis une injection hypodermique de 12 gouttes de teinture de digitale avec 1/50e de grain de strychnine. Le pouls tomba bientôt à 80 et oscilla entre 80 et 90 jusqu'au vingt-troisième jour, époque à laquelle la malade vint me voir. L'usage de la strychnine fut continué plusieurs jours après son retour chez elle. Les fils furent enlevés le huitième jour, la plaie ayant parfaitement guéri. L'état continua de s'améliorer jusqu'au 12 avril ; les selles étaient d'habitude bien colorées. Il n'y avait pas eu de démangeaisons depuis le lendemain de l'opération, et, cependant, elle n'avait pas recours à la morphine, comme elle l'avait fait pour la douleur, qui persiste du reste, mais bien moins vive. Maintenant, cette malade prend deux fois par jour 1/60e de grain de morphine, tandis qu'avant l'opération elle prenait 1/4 de grain. La jaunisse est encore prononcée, mais beaucoup moins depuis l'opération. Le plus grand inconvénient réside dans la dilatation gazeuse de l'estomac et des intestins.

Observation X.

Thiriar (Cas I) (23 février 1893).

Résumé (1).

Calculs de la vésicule biliaire. — Calcul du Cholédoque. — Massage du Cholédoque : *tentative de refoulement dans le duodénum* (avec une sonde cannelée). — *Tentative de lithectomie cholédochienne par la voie cholécystique.* — *Cholédocholithotripsie.* — *Cholécystectomie.* — *Guérison.*

Observation XI.

Thiriar (Cas II) (23 mars 1893).

Calcul du Cholédoque. — *Tentative infructueuse de* Massage du Cholédoque *et de cholédocholithotripsie.* — *Cysticotomie.* — *Cholédochotomie.* — *Guérison* (2).

Observation XII.

Kehr (Cas I) (20 février 1894).

Résumé (3).

Calculs de la vésicule. — *Calculs du cystique enclavés.* — *Cholécystostomie et cysticotomie.* — *Fistule persistante.* — Calculs du Cholédoque. — *Calcul de l'hépatique.* — Essais infructueux de mobilisation et de refoulement du calcul du Cholédoque. — *Cholédochotomie.* — *Lithectomie hépatique par voie cholédochienne.* — *Guérison* (4).

Observation XIII.

Calculs de la vésicule biliaire. — Calcul du Cholédoque. — *Ponction de la vésicule.* — *Cholécystostomie.* — Tentative infructueuse de Refoulement (Massage) dans le duodénum. — *Mort rapide* (5).

Il s'agissait d'une femme de 60 ans, qui, lorsque je la vis pour la première fois, souffrait depuis dix mois. Le début de l'affection avait été très brusque. Une nuit, de violentes douleurs avaient éclaté le long du bord inférieur du foie et à l'épigastre. Des vomissements étaient survenus. La crise avait duré quelques heures. Le lendemain, l'ictère apparaissait; les selles se montraient blanches et fétides ; le ventre se météorisait.

Opérations. — Au moment où nous intervenons, il existe une ascite considérable. L'émaciation de la malade est extrême.

1° Par la *paracentèse,* nous retirons deux seaux de liquide citrin. La palpation dès lors est possible et nous découvrons dans l'hypocondre droit une tumeur de la grosseur d'un œuf d'autruche, roulant sous la main, indolore ; c'était la vésicule biliaire.

2° Nous pratiquons la *ponction de la vésicule* et extrayons ainsi par aspiration environ 800 grammes de bile pure, limpide.

3° *Cholécystostomie et Refoulement.* — Deux jours après cette première opération, nous faisons une cholécystostomie, qui nous permet de retirer de la vésicule un grand nombre de petits calculs. Un calcul obstrue le cholédoque ; il est impossible de le faire glisser dans l'intestin, ni de prolonger l'opération par une cholécystentérostomie. La malade est à toute extrémité.

Suites. — Elle meurt le lendemain.

L'Autopsie de la région opérée a confirmé le diagnostic.

Manuel opératoire. — On se sert généralement des doigts pour ce refoulement. Toutefois, certains ont employé des instruments et Thiriar en particulier a utilisé une *sonde cannelée* et une sonde de femme en verre introduite par la vésicule et le cystique. Généralement on essaye le refoulement vers le duodénum.

Indications. — Ce refoulement des calculs, comme les observations citées ci-dessus le démontrent, est très loin d'être souvent possible. On ne peut y parvenir que dans les cas de concrétions petites et mobiles du cholédoque dilaté : souvent on échoue et on est alors obligé de recourir soit à la lithectomie cholédochienne par la voie cholécystique, soit plutôt à la cholédocholithotripsie ou à la cholédochotomie, soit même dans des cas analogues à celui de Sprengel, à la cholédocho-entérostomie. En effet, en voulant repousser le calcul vers le duodénum, celui-ci peut ne pas s'engager facilement dans un canal dont la lumière est susceptible d'être rétrécie : ce qui arrive assez fréquemment. D'un autre côté, on ne peut que très difficilement refouler cette concrétion dans les parties profondes du cholédoque et à travers le pancréas vers l'ampoule de Water. Enfin cette dernière peut être plus ou moins perméable et le calcul s'y arrêter complètement et mettre le chirurgien dans l'impossibilité de la déloger sans une intervention ultérieure sérieuse.

Dans deux cas [Terrier (1), Bl. Sutton (2)], au cours de manœuvres de refoulement, le calcul s'est échappé du coté de l'hépatique et n'a pu ni être extrait, ni même découvert à nouveau.

Cette manière de faire, tout en paraissant de prime abord très bénigne, est donc une de celles à laquelle il ne faut avoir recours qu'en connaissance de cause. Si, en tous cas, elle présente la plus petite difficulté, il vaut mieux ne pas s'y attarder et recourir de suite à l'incision des voies biliaires et même du cholédoque.

II. — Lithectomie Cholédochienne.

Définition. — L'extraction des calculs du cholédoque par une incision en un point quelconque des voies

(1) Voir l'Observation au chapitre *Cholédocholithotripsie* (Obs. XXV).

(2) Voir l'Obs. publiée à l'article *Cysticotomie* (Obs. VIII, p. 31).

(3) Kehr. — *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1894, 15 juin, p. 367-387.

(4) Voir l'Observation à l'article *Cysticotomie* (Obs. XI).

(5) Nous avons perdu l'indication bibliographique de cette opération et il nous est impossible aujourd'hui de savoir à quel auteur elle appartient. Pourtant, comme elle est intéressante, nous préférons ne pas la laisser perdre, certain que nous sommes de retrouver un jour l'indication précise.

(1) Terrier. — Voir Jourdan, *loc. cit.*, p. 40.

(2) Sutton. — Voir Terrier, *loc. cit.*

biliaires, le cholédoque excepté, ou LITHECTOMIE CHOLÉDOCHIENNE, peut s'exécuter par plusieurs voies, dites *cystique*, *hépatique*, *duodénale* (1) et *cholécystique*; mais la principale est la voie *cholécystique*.

Cette variété n'est guère qu'un temps de certaines cholécystotomies; mais, si l'extraction des calculs du cystique se pratique assez souvent par la voie de la vésicule, il n'en n'est point de même pour les calculs du *cholédoque*. L'instrument préhenseur ne pouvant toujours traverser avec facilité le cystique pour gagner le cholédoque et ramener la concrétion qui s'y trouve enclavée, surtout si la dilatation de toutes les voies biliaires n'est pas considérable, cette opération n'a été, en somme, qu'assez rarement tentée par un chemin aussi détourné. Elle ne mérite donc qu'une courte description.

Historique. — La lithectomie cholédochienne par la voie cholécystique est à peu près la seule qui ait été pratiquée. Courvoisier en cite au moins trois cas (Obs. I, II et III) dans son beau livre (Cas n°s 1.615, 1.643, 1.688) et les observations ci-jointes que nous avons pu recueillir montrent qu'elle a été assez fréquemment exécutée avec succès.

OBSERVATION IV.

LANGENBUCH (Cas I) (août 1886).
Résumé (2).

DEUX CALCULS DU CHOLÉDOQUE. — EXTRACTION D'UN CALCUL DU CHOLÉDOQUE OU LITHECTOMIE CHOLÉDOCHIENNE PAR LA VOIE CHOLÉCYSTIQUE. — *Cholédocholithotripsie de l'autre calcul. — Cholécystectomie. — Mort.*

OBSERVATION V.

Mayo ROBSON (Cas I) (4 octobre 1892).
Résumé (3).

Calculs de la vésicule biliaire. — CALCUL DU CHOLÉDOQUE. — *Cholécystostomie à fixation dernière.* — EXTRACTION PAR LA VÉSICULE DU CALCUL DU CHOLÉDOQUE. — *Guérison.*

Mme E..., âgée de 50 ans. Ictère.

OPÉRATION. — Le 4 octobre 1892, cholécystectomie; 2 gros calculs dans la vésicule biliaire. 1 calcul dans le cholédoque, enlevé à l'aide d'une cuillère. Guérison.

La malade va bien en 1893.

OBSERVATION VI.

THIRIAR (Cas I) (23 février 1893).
Résumé (4).

Calculs de la vésicule biliaire. — CALCUL DU CHOLÉDOQUE. — *Massage du Cholédoque.* — Tentative de LITHECTOMIE CHOLÉDOCHIENNE PAR LA VOIE CHOLÉCYSTIQUE. — *Cholédocholithotripsie. — Cholécystectomie. — Guérison.*

OBSERVATION VII.

ROUX (Cas I) (19 octobre 1893).
Résumé.

Fistule biliaire spontanée. — Calcul de la vésicule. — DEUX CALCULS DU CHOLÉDOQUE. — *Cholédocholithotripsie d'un calcul.* — LITHECTOMIE CHOLÉDOCHIENNE PAR VOIE CHOLÉCYSTIQUE *pour l'autre calcul.— Cholécysto-duodénostomie. — Guérison* (5).

(1) Nous avons consacré déjà un chapitre spécial à l'opération par la *voie duodénale*.

(2) Voir *Cholédocholithotripsie* (Obs. I).

(3) Mayo Robson. — *Series of operations on the Gall-Bladder and Bile ducts.* — Communication au Congrès de Rome, 1894 (Obs. n 50).

(4) Voir l'Observation *in extenso* à l'article *Cholédocholithotripsie* (Obs. XXV).

(5) L'observation est publiée à l'article *Cholédocholithotripsie* (Obs. XXIII).

OBSERVATION VIII.

TUFFIER (1893) (1).

CALCUL DU CHOLÉDOQUE. — *Refoulement vers le Cystique. — Cysticolithotripsie secondaire.* — LITHECTOMIE CHOLÉDOCHIENNE PAR VOIE CHOLÉCYSTIQUE (après broiement).

OBSERVATION IX.

ROUTIER (1894) (2).

CALCUL DU CHOLÉDOQUE. — *Vésicule atrophiée.* — LITHECTOMIE CHOLÉDOCHIENNE PAR VOIE CHOLÉCYSTIQUE. — *Cholécystostomie. — Guérison.*

OBSERVATION X.

HARTMANN (1895) (3).

CALCUL DU CHOLÉDOQUE. — *Vésicule très atrophiée.* — LITHECTOMIE CHOLÉDOCHIENNE. — *Cholécystostomie. — Guérison.*

Manuel opératoire. — Cette lithectomie cholédochienne, par la voie cholécystique, peut se faire dans deux conditions :

a) Soit par l'*extraction simple*, après introduction d'une petite cuillère (Robson), ou d'une pince, qui, pénétrant par le cystique, va jusque dans le cholédoque dilaté chercher le calcul : c'est ce qui constitue l'opération typique.

b) Soit par l'extraction successive de chacun des fragments du calcul, *après broiement préalable*, c'est-à-dire par l'extraction précédée d'une *lithotripsie* exécutée dans l'intérieur même du cholédoque. Cette cholédocholithotripisie secondaire, intracanaliculaire, constitue une manœuvre difficile, dangereuse même, car on peut facilement de la sorte déchirer et le cystique et le cholédoque. On ne devra donc y avoir recours que dans les cas de voies biliaires très larges et de calculs mobiles, flottants pour ainsi dire.

Indications. — Dès que les concrétions sont enclavées et solidement fixées, dès que l'extraction peut présenter le moindre aléa, il est beaucoup plus prudent de recourir d'emblée à la cholédochotomie, qui, comme on le sait, a donné récemment des succès aussi brillants que la lithectomie cholédochienne.

Le danger est encore sérieux quand le cystique est rétréci et que la vésicule est rétractée ; ce qui est de règle dans la calculose cholédochienne (Courvoisier, Terrier et Baudouin), car si, dans les tentatives de refoulement, le calcul venait à s'arrêter dans le cystique, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer la Cysticotomie, qui est peut-être moins grave et en tous cas plus aisée que la cholédochotomie. *(A suivre).*

(1) Tuffier. — *Bulletin de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1893, 1er février, p. 66.

(2) Routier. — *Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris*. 1893 18 juillet, p. 598-9.

(3) *Soc. de Chir. de Paris*. 1895, avril. — *Progrès médical* 4 mai 1895, p. 291.

L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE DANS L'AVEYRON. — Les médecins de Rodez ont adressé une lettre collective au préfet de l'Aveyron pour l'informer qu'à dater du 1er janvier 1898 ils cesseront de concourir au service de l'assistance gratuite dans les campagnes. « Dans le but d'éviter toute difficulté à l'administration, disent-ils, ils avaient accepté provisoirement et seulement pour l'année 1897 le règlement sur l'assistance médicale gratuite dans les campagnes malgré ses imperfections. Ils espéraient que dans le courant de cette année, le Conseil général voudrait bien faire droit aux justes réclamations de la Société des médecins de l'Aveyron et leur accorder les réformes demandées. Mais, contrairement à leur attente, leur pétition fut rejetée. »

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Ce qu'on doit entendre par exercice illégal de la Médecine.

Que pensez-vous qu'on entende par exercice illégal de la médecine, étant donné que, moyennant finances et examens multiples, l'Etat octroie aux médecins diplômés seuls le monopole de l'art de soigner — (je ne dis pas guérir : ce qui serait mal vu d'Ambroise Paré!) — les pauvres hommes, malades ou non, non compris les animaux domestiques? A votre avis, sans nul doute, exercice illégal de la médecine veut dire exercice, *en toute occasion, à tort ou à raison*, de l'art de soigner, sans avoir de diplôme valable en poche! Eh bien, détrompez-vous. MM. les juges de Grenoble en Dauphiné pensent que, du moment où la personne à soigner *n'est pas réellement malade, il n'y a pas exercice illégal*, alors même qu'une sorcière patentée prescrirait les remèdes les plus violents et les plus inutiles ! Vraiment, ce serait à mourir de rire, si ce n'était pas, pour les médecins du moins, le cas de sincèrement pleurer sur le niveau intellectuel de nos Administrations! A tout rebouteur, il faut donc un malade, un véritable blessé; sans cela, ledit rebouteur n'existe que dans l'esprit troublé de son concurrent, le miscrable médecin!

Pareille théorie, si bien contraire à la loi que le Ministère public a fait de suite appel de ce bizarre jugement dauphinois, menerait loin si on voulait la pousser jusqu'au bout. Prenons un exemple.

Voici un paysan atteint, je suppose, d'entorse légère de l'articulation tibio-tarsienne. Il va voir un rebouteur. Ce dernier le croit malade et le soigne moyennant finances. L'Autorité s'en aperçoit tard, très tard, et — contrairement à l'habitude — veut poursuivre. L'avocat de notre rebouteur, né malin, n'aura qu'à répondre pour son client : « C'est vrai, j'ai reçu les honoraires qu'on m'a offerts, à titre de bons conseils; mais j'étais persuadé que mon malade n'avait aucune affection; sans cela je n'aurais rien accepté, de crainte d'être condamné ! Démontrez donc, avant de me poursuivre, que mon client a été malade et vraiment malade! » Comme ce sera impossible, le blessé ayant guéri spontanément, le rebouteur sera acquitté ! Il en sera ainsi pour toutes les petites maladies sans importance, le rhume de cerveau, la migraine, les névralgies, etc., etc. Pendant ce temps, charlatans et sorciers ramasseront un fort pécule et le pauvre médecin de campagne mourra littéralement de faim. On voit où mène pareille interprétation des lois les plus claires, au lieu de juger en son âme et conscience!

Il faut lire ce jugement de Grenoble; il est véritablement stupéfiant dans ses « attendus ». Toutefois, après l'avoir relu, j'ai cru trouver la véritable raison du renvoi du prévenu des fins de poursuite intentée par le ministère public. Il y avait sous roche autre chose qu'un *curé* charlatan! Il y avait un Syndicat médical, le Syndicat médical du Sud-Est, ayant organisé tout un petit complot pour prendre le dit curé de Mens dans ses propres filets. Il faut le répéter: ledit Syndicat n'a rien fait de contraire à la loi; mais il a été plus malin que le charlatan; et c'est là sans doute ce qui a contrarié les juges de Grenoble! Ne voyez-vous pas poindre le bout de l'oreille? Antagonisme de la Magistrature et des Syndicats et Associations médicales, sommant l'Autorité de faire respecter la loi.

C'est évidemment la lutte du pot de fer contre le pot de terre. Et la magistrature sera toujours la plus forte, puisqu'elle trouve, quand il le faut, le moyen d'arrêter la loi dans ses effets. Voilà où peut mener l'absence de responsabilité chez des fonctionnaires chargés d'interpréter des textes! Confrères, restons l'arme au bras et veillons. Marcel BAUDOUIN.

Direction Médicale des établissements hospitaliers.

Dans beaucoup de pays, la plupart des établissements hospitaliers sont dirigés par des médecins ou par un Comité de médecins composé des médecins de l'Etablissement. Racontant une visite faite à l'Asile de Prémontré par des membres du Conseil général de l'Aisne, l'*Union Médicale du Nord-Est* du 30 septembre, après avoir signalé la bonne administration de l'Asile, ajoute les réflexions suivantes :

« Il est donc vrai qu'un médecin peut être un bon directeur de Maison de bienfaisance: il a seul la compétence nécessaire pour discuter quantité de questions d'hygiène spéciale, et pour prendre telle décision intéressant la santé des malades. A l'étranger, le directeur d'hôpital est le plus souvent un médecin, et je me souviens de l'étonnement d'un confrère qui me questionnait sur l'organisation de nos hôpitaux : « Mais, un médecin seul est capable de diriger un semblable établissement » ! s'écriait-il. Depuis l'autonomie du corps de santé, les hôpitaux militaires sont administrés par le médecin-chef ; il faudra bien qu'un jour pareille transformation se fasse pour les hôpitaux civils; peut-être nos petits enfants verront-ils cette réforme qui est faite depuis longtemps ailleurs! »

En France, tous les hôpitaux et hospices sont dirigés par des administrateurs non médecins. Quant aux Asiles d'aliénés, ceux de province sont en majorité dirigés par des médecins-directeurs, au grand avantage des malades et des finances départementales. Il en a été de même pour les Asiles de Vaucluse et de Ville-Evrard, dans la Seine. Mais, depuis quelques années, tous les asiles (sauf l'Asile clinique) ont des directeurs administratifs. Dans son dernier rapport au Conseil général, M. Caron s'étonne que « comparé à celui des asiles de province, le travail des malades dans les asiles de la Seine soit insuffisant ». Et il ajoute : « Cet état de choses est des plus regrettables, aussi bien pour le traitement curatif des malades que pour la gestion économique des asiles (1). »

Pourquoi en est-il ainsi? Cela tient à l'exagération de la population des Asiles de la Seine, à la division des fonctions administratives et médicales, qui n'existent pas dans les asiles auxquels M. Caron fait allusion, enfin au mouvement annuel de la population, occasionnée par les *transferts* périodiques qui enlèvent souvent aux asiles de la Seine pour les envoyer dans les asiles de province, les malades travailleurs. Dans les asiles où les fonctions médicales et administratives sont réunies, le médecin non seulement prescrit le travail approprié, mais il exige que chacun obéisse à sa prescription et il y veille : son devoir de médecin, sa responsabilité et son intérêt comme directeur l'y sollicitent.

Créer des asiles de 500 malades au plus — pour certains

(1) Caron (E.). — *Rapports sur les budgets et comptes de l'Asile d'aliénés de Villejuif.* 1897. p. 2.

auteurs, c'est déjà trop —, en confier la direction à un médecin en chef, aidé d'un médecin adjoint, collaborateur actif, participant vraiment au travail de chaque jour, et d'un nombre suffisant d'internes, tel est, selon nous, le programme à réaliser.

Quant aux arguments qui plaident en faveur de la direction des hôpitaux et hospices par des médecins ou un comité médico-administratif, nous les exposerons a la prochaine occasion. BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 janvier. — PRÉSIDENCE DE M. BOURQUELOT.

MM. CHARRIN et PHISALIX ont étudié les *effets du venin de la vipère sur le système nerveux*. Ils ont constaté chez le lapin une paralysie double des membres postérieurs avec ulcération de la peau ; la paralysie a de la tendance à remonter vers le bulbe. Les auteurs comparent ces effets du venin à ceux des toxines microbiennes.

M. WEISS présente un lapin atteint de *malformation des pattes de devant*; son père avait subi une lésion expérimentale de l'oreille et n'avait procréé ensuite que des lapins mort-nés ou venus avant terme, sauf ce dernier animal, mal conformé.

M. BOUCHARD a pu constater au moyen de la radioscopie les *mouvements d'ampliation de l'oreillette* chez une jeune fille chlorotique et voir que ces mouvements étaient isochrones non à la pulsation, mais à la respiration, et qu'ils étaient dus à l'aspiration thoracique.

M. LABORDE présente un *microphonographe perfectionné*, qui permet de faire entendre nettement les sourds et de faire complètement leur éducation de l'ouie.

M. LABBÉ a étudié, dans le service de M. HUTINEL, l'*influence des injections de sérum artificiel* à 7/1.000 sur le sang des nourrissons. Il a constaté que, sans altération des globules rouges, on voit la quantité d'oxyhémoglobine diminuer dans le sang, probablement par dilution.

M. LENOIR adresse une note sur la *classification des glandes*.

M. MEUNIER a constaté que le *sang dans la coqueluche* présente une leucocytose souvent considérable, qui atteint son maximum à la période des quintes.

M. MARAGLIANO adresse une note sur la *préparation de la tuberculine* par l'extrait aqueux de bacilles de la tuberculose.

M. ACHARD dépose une note sur *l'élimination du sucre dans le diabète*. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 janvier 1898.

L'intervention chirurgicale dans les hématémèses foudroyantes consécutives à l'ulcération simple de l'estomac.

M. DIEULAFOY fait sur les hémorragies dans les diverses ulcérations stomacales une importante communication dont voici les conclusions :

1° Outre l'ulcus simplex, cause fréquente d'hématémèse, on peut trouver à l'estomac une perte de substance très superficielle et assez étendue, que je propose d'appeler *exulceratio simplex*. 2° L'exulceratio simplex me paraît provoquer des hématémèses aussi terribles, peut-être même plus terribles que la plupart des hématémèses de l'ulcus simplex. 3° La perte de substance de l'exulceratio simplex ne dépasse pas en profondeur la tunique muqueuse, y compris sa muscularis mucosæ. L'hématémèse foudroyante et parfois mortelle qui en est la conséquence vient de l'ulcération d'une des artères qui rampent sous la muscularis mucosæ. 4° Cliniquement l'exulceratio simplex peut évoluer avec les signes classiques de l'ulcus simplex de Cruveilhier, dont elle n'est sans doute que le stade initial; mais le plus souvent, elle s'installe sournoisement, et même d'une façon absolument latente, ne révélant sa présence que par des hémorragies quasi-foudroyantes 5° L'intervention chirurgicale est le traitement de choix des hématémèses consécutives à l'ulceratio simplex L'abondance de l'hématémèse, plus encore que la répétition des hématémèses, est une indication formelle de l'opération. 6° L'opérateur ne devra pas oublier qu'un estomac peut présenter, au premier abord, les apparences d'un estomac sain, bien que l'ulceratio simplex ait entamé quelque part sa muqueuse. D'où le précepte d'examiner minutieusement la muqueuse stomacale et de contrôler au besoin, à l'aide d'une loupe, la présence de l'ulceratio simplex, à laquelle s'associent parfois des taches d'apparence ecchymotique qui servent de points de repère. 7° A moins d'indications spéciales, on se contentera, au cas d'exulceratio simplex, de pratiquer la suture du territoire saignant, en empiétant un peu sur les parties voisines. Les succès opératoires seront plus certains et plus nombreux, au cas d'exulceratio simplex, qu'au cas d'ulcus en pleine évolution, car la limitation de la lésion favorise singulièrement l'intervention chirurgicale.

M. HAYEM. — Dans la très grande majorité des cas a vu les moyens médicaux (repos de l'estomac par le régime lacté avec très peu de lait, injection d'ergotine, transfusion du sang et injection de sérum), amener la guérison de l'hématémèse.

M. LANCEREAUX regarde la répétition des hématémèses comme un bon indice de lésions artérielles et par suite une indication opératoire.

M. FOURNIER cite deux belles observations d'ulcères de l'estomac dus à la syphilis « pur sang » et merveilleusement guéris par l'iodure de potassium.

M. CORNIL a observé des cas types de gommes de l'estomac avec érosion et de gommes de l'intestin.

Traitement de l'obésité sans modification de régime.

M. WINTERNITZ (de Vienne), parvient à réduire l'obésité en combinant l'emploi d'une sudation préliminaire par les étuves, les bains électriques avec les applications d'eau froide (douches, bains froids). Aussitôt après l'eau froide, la réaction est obtenue par un marche un peu forcée ; ou bien s'il s'agit de cardiaques, par la gymnastique active ou passive.

Thermomètre oculaire.

M. GALEZOWSKY montre l'utilité de l'étude de la thermométrie oculaire dans le diagnostic du décollement de la rétine et du glaucome.

Présentation d'appareils.

M. DOYEN présente : 1° un écarteur sus-pubien pour les opérations de castration abdominale dans la position de Trendelenburg; 2° un appareil destiné à la réduction sanglante de la luxation congénitale de la hanche.

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 janvier 1898. — PRÉSIDENCE DE M. SEVESTRE.

Perméabilité du rein malade au bleu de méthylène.

MM. ACHARD et CASTAIGNE ont observé que dans l'asystolie, où l'urine est rare, mais riche en urée et urates, le bleu de méthylène est éliminé au bout du temps normal, tandis que dans les néphrites chroniques, où l'urine rendue en grande quantité est pauvre en urée et autres principes extractifs, l'élimination du bleu de méthylène est retardée, incomplète et prolongée. Une constatation analogue chez les malades n'ayant qu'un rein malade a été faite par MM. Guyon et Albarran au moyen du cathétérisme des uretères. Il ne faut donc pas confondre la perméabilité des reins avec la quantité des urines. La quantité, certes, est à considérer, mais elle tient plus à l'état du système circulatoire, la perméabilité du rein n'ayant pas sur elle une grande influence.

Associations microbiennes dans la diphtérie.

MM. BARBIER et TOLLEMER ont fait sur les pigeons et sur les cobayes des expériences d'inoculation de bacilles de la diphtérie et de streptocoques. Ces expériences ont permis à ces auteurs de constater que bacilles de la diphtérie et microbes septiques jouissaient d'une action prédisposante réciproque et rendaient les infections plus graves.

Arthropathies tabétiques.

M. HIRTZ présente les épreuves radiographiques du pied d'un tabétique présentant des arthropathies à trois articulations métacarpo-phalangiennes. Ce malade est en outre porteur à la plante du même pied de trois ulcérations ayant tous les caractères du mal perforant. M. Hirtz, à ce sujet, émet l'hypothèse de la possibilité d'une névrite des nerfs des os.

J. NOIR.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 janvier 1898. — PRÉSIDENCE DE M. E. DELENS.

L'intervention chirurgicale dans l'ulcère duodénal.

M. TUFFIER insiste sur la variété d'ulcères donnant lieu à une péritonite et à tous les symptômes de l'appendicite. Il s'agit dans ce cas du liquide duodénal ayant fusé dans la fosse iliaque. L'opération ne révèle rien d'anormal à l'appendice. Le diagnostic est là très difficile, mais de toute façon la laparotomie s'impose puisqu'il y a des symptômes graves de péritonite.

M. MICHAUD cite un cas semblable à celui qu'a cité M. Tuffier. Il s'agit d'un malade présentant à la fois les symptômes de péritonite et d'appendicite. L'opération n'ayant rien révélé du côté de l'appendice, M. Michaud se contenta de faire des lavages péritonéaux à l'eau chaude. Malgré une légère amélioration consécutive, la mort survint bientôt. L'autopsie révéla l'existence d'une perforation duodénale. L'orateur se déclare partisan de l'intervention aussi prompte que possible après l'apparition des premiers accidents.

M. WALTHER communique un rapport sur plusieurs observations envoyées par M. LATOUCHE (d'Autun), trois observations de *fracture de la clavicule* avec déplacement considérable des fragments traités par la suture osseuse et ayant été suivis d'un très bon résultat; trois observations de *pseudo-étranglement herniaire* chez des malades atteints de symptômes abdominaux graves (péritonite aiguë, péritonite suppurée, myxo-sarcome du péritoine); une observation de *hernie étranglée* survenue à la suite d'une ponction d'un kyste congénital du cordon. La kélotomie pratiquée par l'auteur amena la guérison; une observation de *mal de Pott lombaire traité par le redressement suivant la méthode de Calot*; après le redressement apparurent une paralysie de la jambe gauche et de l'incontinence d'urine. Celle-ci disparut au bout de huit jours, et la paralysie est en voie d'amélioration.

Discussion sur l'acide picrique dans les brûlures.

M. LATOUCHE rapporte encore deux cas d'*intoxication par l'acide picrique appliqué au traitement des brûlures.* Il s'agit de deux enfants ayant présenté des brûlures sur la face et à la main. L'auteur fit des pansements picriqués. Au bout de plusieurs jours apparurent des vomissements répétés, en même temps des coliques avec selles diarrhéiques très jaunes, la peau de tout le corps prit une teinte jaunâtre, les urines devinrent absolument noires, toutefois sans présenter d'albumine; abattement, douleurs dans les jambes, bref, tous les symptômes d'une intoxication se manifestèrent à la fois Cependant la guérison survint après diminution considérable de la dose d'acide picrique administré. M Walther ajoute que, pour son compte, il a observé des douleurs extrêmement vives chez quelques malades à la suite de l'application d'acide picrique.

M. BERGER déclare tout d'abord qu'il a observé, lui aussi, des douleurs très vives occasionnées par l'acide picrique. Il emploie les pansements au traumatol qui lui ont donné de bons résultats.

M. TUFFIER déclare à son tour que l'acide picrique pigmente les cicatrices, provoque quelquefois de l'érythème et de l'eczéma. Les pansements secs à la gaze iodoformée suffisent. M. Brun, qui a soigné de nombreux cas de brûlures chez des enfants, vient prêter son témoignage : « Plusieurs exemples, dit-il, montrent que l'acide picrique peut présenter de grands dangers. L'enfant devient maigre, jaune sur tout le corps : il présente des vomissements, de la diarrhée, et la mort même peut survenir. »

M. FÉLIZET déclare s'associer absolument à ce qu'ont dit MM. Berger et Brun.

M. MICHAUD, cependant, esquisse un léger mouvement de défense. Il dit n'avoir pas vu, du moins chez l'adulte, les accidents signalés; pour sa part, il ne s'est jamais mal trouvé de l'emploi de l'acide picrique

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE reprend alors la charge ; il a observé des accidents picriques, surtout des douleurs.

M. REYNIER fait remarquer que la plupart des accidents ont été observés chez les enfants; en général, les douleurs apparaissent lorsque les brûlures sont profondes. Dans ce dernier cas, il recommande le taffetas gommé qui n'adhère pas à l'épiderme.

M. POTHERAT a observé des accidents chez les enfants.

M. RECLUS a soigné de nombreuses brûlures chez les adultes, il raconte que l'acide picrique avait envahi son service malgré lui, tellement cette substance était devenue populaire; mais il a remarqué que, malgré son emploi, la guérison n'était pas plus rapide qu'avec tout autre topique. Il emploie une pommade polyantiseptique qui lui donne de très bons résultats. Quant au pansement au taffetas gommé, recommandé par M. Reynier, il présente cet inconvénient qu'entretenant l'humidité, il entretient la suppuration en même temps.

M. HARTMANN fait un pansement à la gaze iodoformée et ouatée. L'acide picrique occasionne des douleurs; il a observé des érythèmes douloureux chez des adultes.

M. GUINARD présente *une jeune femme sur l'abdomen de laquelle avait passé une roue de voiture.* Elle présentait des symptômes de péritonite avec vomissements incessants, douleurs très vives. La laparotomie qui révéla une perforation du duodénum amena la guérison.

M. BRUN montre une *épreuve radiographique d'un bassin d'enfant ayant un calcul vésical.*

M. MICHAUD présente un *calcul rénal* qui était absolument moulé sur le bassinet et que l'orateur a extirpé.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 26 janvier 1898. — PRÉSIDENCE DE M. BUISSON.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, président sortant, passe en revue les travaux de la Société.

M. BUISSON, président de l'année, prend place au bureau.

Discussion des communications de MM. Launay, Masson, Delafon.

M. PÉRISSÉ prend part à la discussion, et insiste sur les champs d'épandage ; il y aura dans deux ans plus de 4.300 hectares, ce qui serait suffisant. Mais est-il raisonnable de compter dans ce nombre les 1.800 hectares laissés à la culture ! La culture n'a pas besoin de 40.000 mètres cubes d'eau d'égout par an, comme il est prévu, mais seulement 15.000 mètres cubes.

M. BADOIS prend la parole sur le même sujet et critique le système d'égouts ; il montre que les ingénieurs ont édicté des règlements très sévères relativement à la canalisation dans les habitations, alors que les mêmes prescriptions ne sont pas suivies par les ingénieurs, lorsqu'il s'agit de la canalisation dans les rues. Il faudrait une canalisation spéciale pour les eaux ménagères des maisons et les vidanges.

M. BECHMANN. — Les égouts de Paris ne sont pas de simples égouts; ce sont des galeries souterraines dans lesquelles on a pu placer les fils télégraphiques, téléphoniques, etc., etc., dans lesquelles on peut évacuer les détritus de la rue rapidement. Peuvent-ils ou ne peuvent-ils pas convenir à recevoir les

eaux ménagères et les vidanges? Mais ils peuvent très bien les recevoir sans danger; il n'y a pas de fermentation; les matières de vidanges avancent très vite, ce qui est stagnant ce sont les sables qui viennent de la rue. Quant à la ventilation, elle est parfaite à Paris, et nulle part elle n'est mieux faite. MARTHA.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Rédacteur spécial : Dr PAUL-BONCOUR.

I. — Des tumeurs vermineuses chez les enfants; par le Dr FRŒLICH (le Nancy). — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, novembre 1897.

I. — En général, les vers intestinaux ne sont pas considérés comme pouvant amener des lésions suppuratives des parois de l'intestin et sa perforation. N'envisageant que le lombric, ce parasite a été souvent rencontré dans les lésions que l'on est convenu d'appeler tumeurs vermineuses ou abcès vermineux. Ces abcès siègent généralement dans la paroi abdominale; ils peuvent aussi déterminer une péritonite enkystée. Par quel mécanisme les lombrics sortent-ils de l'intestin? Telle est la question sur laquelle on est loin de s'entendre.

Davaine expliquait leur migration à l'aide d'une perforation ancienne et d'un trajet jusqu'à la peau. Au moment de l'ouverture de l'abcès, ce trajet a disparu. Leuckhart croit que les lombrics peuvent, par une pression continue, perforer l'intestin. Ils y déterminent préalablement un abcès. A côté de ces opinions, il y en a d'autres qui n'admettent une perforation par pression d'une masse vermineuse, qu'après altération (entéro-colite) de la muqueuse intestinale. D'autres invoquent la sécrétion d'un liquide corrosif, élaboré par le parasite, qui altérerait la muqueuse.

Le Dr Frœlich, après avoir énoncé ces opinions, apporte la sienne. Les vers intestinaux, lorsqu'ils sont nombreux, produisent une irritation intestinale accompagnée de phénomènes généraux (helminthiase à forme typhoïdique). Cette irritation amène de la congestion et une ulcération. Rien d'extraordinaire alors que les lombrics s'insinuent dans une muqueuse sphacélée et ne complètent une perforation.

Les abcès dus aux oxyures ne peuvent donner matière à discussion, l'auteur ayant une observation absolument convaincante de laquelle il tire les conclusions suivantes : Les oxyures peuvent occasionner au pourtour du rectum et à une certaine distance de cet intestin des abcès où ils pullulent en grande quantité.

Ces abcès ont pu être produits par la pénétration à travers la muqueuse enflammée et les parois rectales d'une femelle chargée d'œufs qui est allée pondre dans le tissu cellulaire. Ou bien les œufs ont été entraînés en très grande quantité par les lymphatiques.

Un individu malpropre peut contaminer toute une famille par le transport d'œufs de parasites sur ses doigts. Le seul traitement consiste en lavements de liqueur de Van Swieten; pour qu'il soit efficace il doit être continué longtemps.

II. — La diphtérie à Marseille; par le Dr ENGELHARDT. — Thèse de Paris, 1897.

II. — M. Engelhardt était interne des hôpitaux de Marseille lorsque fut institué le traitement de la diphtérie à l'aide du sérum. Il a donc pu comparer ce qu'était la maladie, avant et après le traitement, dans un centre important comme Marseille où elle régnait d'un bout de l'année à l'autre avec une rigueur peu commune. Dans son travail M. Engelhardt donne toutes les statistiques qu'il a pu trouver et dresse à leur aide des tableaux indiquant graphiquement les proportions de la mortalité par années et par arrondissements.

De toutes ses constatations l'auteur conclut que si les conditions climatériques, météorologiques, ont une certaine influence sur la marche générale de la diphtérie surtout pour en régler l'apparition saisonnière et agir comme cause prédisposante dans la production des épidémies, la part la plus importante dans la propagation de cette maladie revient aux mauvaises conditions hygiéniques des groupes urbains où l'exiguïté et l'encombrement des habitations le disputent à la misère et à la malpropreté des habitants. En somme cette partie du travail de M. Engelhardt ne donne aucune vue nouvelle, il vient simplement confirmer une fois de plus ce qui était connu sur la propagation de la diphtérie.

Il est plus intéressant de constater le *résultat* acquis par l'emploi de la sérothérapie. Prenant une période de quatre années durant lesquelles les conditions climatériques furent les mêmes, et durant la moitié du temps le traitement par le sérum ayant été appliqué, il peut arriver à des statistiques très sûres et très serrées. Or, il est prouvé que la mortalité après le traitement a été environ le 1/3 de celle des années qui précédaient.

Il est donc prouvé d'une façon non moins indiscutable, que par sa seule influence, l'introduction de la méthode sérothérapique à Marseille y a diminué de près de deux tiers la mortalité diphtéritique. Malheureusement M. Engelhardt constate que la méthode n'est pas appliquée avec rigueur, et que des cas sont traités souvent trop tardivement. Evidemment les statistiques ne sont pas aussi brillantes qu'elles devraient l'être, et il n'est pas douteux que la mortalité doive ultérieurement décliner.

III. — L'urine normale chez l'enfant. Communication à l'Académie de Médecine; par M. le Dr CARRON DE LA CARRIÈRE et M. MONFET. — Août 1897.

III. — Cette question a été rarement étudiée et les auteurs se sont basés uniquement sur leurs recherches pour donner les résultats qui vont suivre. Leurs recherches ont porté sur des enfants de plus de 18 mois; les urines recueillies ne provenaient que d'enfants manifestement bien portants.

L'enfant sain urine notablement plus que l'adulte, toute proportion gardée naturellement. Le poids spécifique est un peu plus élevé. L'acidité est très forte. Par comparaison on remarque qu'un kilogramme d'enfant travaille un poids de substances bien plus élevé que ne le fait un kilogramme d'adulte. De même la nutrition azotée d'une cellule infantile est plus active d'un tiers environ que celle de l'homme parvenu à son complet développement. Il est à remarquer, en outre, que le travail azoté est beaucoup plus complet. Chez l'adulte il n'y a environ que 85 0/0 de l'azote utilisé. Chez l'enfant l'azote utile atteint en moyenne 90 0/0 de l'azote total. En d'autres termes, le déchet azoté de l'enfant n'est que de 10 0/0, au lieu de 15 0/0 chez l'adulte.

Dans la nutrition minérale on trouve des variations encore plus marquées, et on peut dire que la cellule infantile est plus fortement minéralisée que celle de l'adulte. Comme dernières conclusions, les auteurs du mémoire remarquent que chez l'enfant tous les phénomènes de nutrition sont incomparablement plus actifs que chez l'adulte et que le maximum paraît atteint dans la période comprise entre cinq et dix ans. Ils font aussi remarquer que les chiffres classiques de la composition de l'urine normale de l'adulte ne sont pas applicables à l'enfant. Toutes ces données s'appuient sur des analyses faites avec soin par un chimiste et sont accompagnées de tableaux fort instructifs.

IV. — Nature et genèse des aphtes de Bednar; par le Dr ALVAREZ. — Communication au Congrès de Moscou, 1897.

IV. — Dans la première partie de sa communication l'auteur passe en revue les différentes théories proposées pour expliquer la nature et la cause des aphtes de Bednar. Les aphtes de Bednar ne sont pas dus à l'ulcération des nodules palatins, ainsi que veulent l'expliquer Guyon et Thiéry avec leurs kystes épidermiques, Baginsky avec ses perles épithéliales, Bohn avec son milium de la muqueuse. Il est incontestable qu'il n'y a aucun rapport entre la maladie en question et les nodules palatins. Ces derniers sont d'une fréquence inouïe et n'aboutissent pas à l'ulcération. Lorsque les deux affections coïncident elles évoluent séparément dans un sens différent. Les aphtes se cicatrisent de la périphérie vers le centre, les nodules se résorbent.

De même le Dr Alvarez ne peut admettre que ce soit l'effraction de la muqueuse sous l'influence de la succion qui soit la cause des plaques ulcérées. La physiologie nous montre que les efforts linguaux dans l'acte de sucer se portent en avant des points indiqués d'une façon constante dans la maladie de

Bednar. L'athrepsie n'a rien à voir avec cette affection, pas plus que le mugnet qui en diffère par son anatomie pathologique, sa bactériologie, son siège, etc.

Pour donner une solution à la question il faut préalablement étudier l'anatomie et la physiologie concernant la peau et la muqueuse du nouveau-né.

S'appuyant sur les travaux de Sappey Brücke, Ludwig, Kolliker et Recklinghausen, on sait que les origines lymphatiques au niveau de la muqueuse buccale sont constituées par de légers canalicules inter-épithéliaux. Mais chez le nouveau-né ces canalicules sont beaucoup plus développés ; de plus l'activité fonctionnelle y est moindre que chez l'adulte parce que la quantité de lymphe y est beaucoup plus considérable. Il est évident que plus un vaisseau est rempli, plus la circulation y est ralentie.

D'autre part le Dr Alvarez admet que chez le nouveau-né la couche cellulaire épithéliale protectrice des origines lymphatiques est plus tenue. Ceci étant donné, voici l'explication proposée par l'auteur de la communication.

Que les conditions qui précèdent se trouvent accentuées, que la couche protectrice épithéliale soit plus mince, que les canaux intercellulaires soient plus dilatés, qu'il y ait une pléthore lymphatique, l'équilibre se rompt facilement et seulement alors il suffit de causes occasionnelles pour produire une vésicule (épithélium soulevé), puis une ulcération.

Or, l'exagération des phénomènes précités se rencontre chez les enfants lymphatiques, et sous l'influence des causes que nous allons étudier, il se produit l'aphte de Bednar. Avec cette théorie on explique facilement les aspects successifs de la lésion.

D'abord un soulèvement épithélial (vésicule), qui ne tarde pas à se transformer en une ulcération. La lymphe que contenait la vésicule se répand et baigne la surface exulcérée en constituant les aphtes de Bednar ; de même une simple érosion de la peau ne donnant lieu à aucun trouble, donnerait lieu, conséquemment, chez les lymphatiques accentués, à une ulcération, à une lymphangite ou encore à des troubles plus importants. En résumé, les aphtes de Bednar sont une manifestation du lymphatisme.

Les conditions anatomiques de l'épithélium, l'origine des lymphatiques sont accentuées par cet état du tempérament.

L'hyperhémie et l'exfoliation épithéliale post-partum constituent une cause prédisposante et locale.

Les causes occasionnelles, qui produisent la vésicule, sont la compression répétée de la muqueuse par la langue et la contraction des péristaphylins pendant l'acte de déglutition, ce qui explique le siège et la symétrie de la lésion. Etant donné toutes ces considérations, il est facile de comprendre les complications et les infections qui peuvent survenir à la suite des ulcérations. Le traitement est celui du lymphatisme.

REVUE DE JURISPRUDENCE MÉDICALE

Rédacteur spécial : A. LIRMIN-LIPMAN.
Docteur en droit, Avocat à la Cour d'appel.

I. — Une application intéressante de l'article 1er de la loi du 12 janvier 1895, relative aux saisies arrêts, vient d'être faite à un médecin, attaché à un service municipal et recevant, à ce titre, un traitement annuel inférieur à 2.000 francs.

Le Tribunal avait à résoudre la question de savoir si l'allocation avait le caractère d'honoraires, ou bien si l'on se trouvait en présence d'un véritable traitement, alloué à un employé. Il a décidé fort justement qu'il s'agit d'une traitement ; la fixité de la somme, la périodicité des échéances, enfin, le caractère du service, permettaient de faire rentrer le médecin dans la catégorie des personnes visées dans l'article premier de la loi.

L'exercice d'une profession libérale n'est pas incompatible, en effet, avec la situation qui était faite à ce médécin, attaché à un service public rétribué.

Et c'est pourquoi le Tribunal a justement décidé que la nouvelle procédure organisée par la loi du 12 janvier 1895, qui rend les justices de paix compétentes en cette matière, était applicable (1).

(1) Tribunal civil de Narbonne, 26 mai 1897. (*Gazette du Palais*, 1er novembre 1897.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Médecine et de Thérapeutique; publié sous la direction de MM. P. Brouardel et A. Gilbert.— Tome IV *Maladies du tube digestif et maladies du péritoine.*

V. — Le quatrième volume du *Traité de Médecine et de Thérapeutique* est un traité complet des maladies du tube digestif et du péritoine, dont il est difficile de faire ici une analyse même sommaire. Toutes les affections du système digestif y sont l'objet d'une étude approfondie.

Les maladies de la bouche et du pharynx sont traitées en près de 200 pages, par le Pr J. Teissier, de Lyon, et M. G. Roque, agrégé de la Faculté de Lyon, avec détails; de longs chapitres de semiologie, des paragraphes spéciaux où sont relatées les dernières recherches pathogeniques et bactériologiques font de ces deux chapitres de véritables traités spéciaux et complets des maladies du pharynx.

Après un long article de M. L. Galliard, sur les *maladies de l'œsophage*, M. le Pr Hayem et M. G. Lion exposent les *maladies de l'estomac.* L'étude très complète qu'ils en font en 336 pages forme le corps du volume. Une place importante est réservée à l'*exploration gastrique.* Cette exploration peut être physique ou chimique. L'exploration physique nécessite diverses méthodes d'examen : d'abord l'inspection des premières voies digestives, de la forme du thorax, de l'aspect de l'abdomen; la palpation générale, celle des viscères de l'abdomen, l'examen des bruits produits par la palpation (clapotage, succussion, etc.), la percussion, l'auscultation, la percussion auscultée; le cathétérisme, l'extraction des liquides de digestion, des liquides résiduels, la distension artificielle de l'estomac, l'exploration par l'éclairage de la cavité gastrique (gastrodiaphanie et gastroscopie), tous ces procédés d'examen clinique sont tour à tour décrits et critiqués

L'exploration clinique donne lieu à l'exposé détaillé des théories et des procédés de M. Hayem sur le chimisme gastrique, exposé qui est suivi immédiatement d'un article sur les troubles du processus chimique de la digestion, sur la dilatation, la gastralgie, l'appétit, les vomissements, etc., et autres symptômes qui peuvent être communs aux maladies de l'estomac.

Après cette longue introduction à l'étude des maladies gastriques, MM. Hayem et G. Lion abordent la pathologie spéciale, inflammations, néoplasmes, troubles mécaniques et statiques, parmi lesquels est décrite la maladie du corset, enfin gastro-névroses.

Les *maladies de l'intestin*, dues M. L. Galliard, l'étude des *vers intestinaux* faite par le Pr A. Laboulbène, font suite aux maladies de l'estomac.

Signalons un remarquable article sur *la dyspepsie et la diarrhée chez les enfants*, dû à la savante collaboration du Pr Hutinel et du Dr Thiercelin, chef de clinique de la Faculté. Enfin M. Dupré termine le volume par le chapitre sur les *maladies du péritoine.*

Nous regrettons de ne pouvoir nous borner qu'à une simple énumération. La plupart des articles de ce traité mériteraient d'être analysés, étant de véritables monographies et leurs auteurs ayant sur les sujets qu'ils exposent une compétence spéciale et des idées originales.

Contentons-nous de dire que le tome IV du *Traité de Médecine et de Thérapeutique* ne le cède en rien aux trois volumes déjà parus. J. N.

Les Femmes médecins. — *Une doctoresse en Afghanistan.* — Une demoiselle Hamilton, d'origine écossaise, ancienne garde-malade à l'hôpital de Liverpool et docteur en médecine de l'Université de Bruxelles, s'était établie à Calcutta. L'Emir d'Afghanistan lui ayant offert un gros traitement si elle voulait se fixer à Caboul, Mlle Hamilton accepta la proposition. Elle devint médecin ordinaire de l'Emir et acquit une popularité telle que, grace à ses conseils, le souverain a décrété dans ses Etats la vaccine obligatoire.

Le Parisien de Paris. — Sous ce titre, M. Léon Maillard, publie un journal hebdomadaire illustré, consacré plus particulièrement à la défense de tous les intérêts de Paris. Nous le signalons à l'attention de nos lecteurs.

CORRESPONDANCE

Concours pour l'Internat de la Maison de Nanterre.

Monsieur et très honoré Confrère,

Le fait de la violation du règlement du Concours pour l'Internat de la Maison départementale de Nanterre que vous signalez dans votre nº du 8 janvier est entièrement imputable à l'Administration.

Voici à ce sujet l'explication (trouvée après coup du reste !), qui nous a été donnée par M. le Secrétaire général de la Préfecture de police lui-même. Vous comprendrez alors la présence inexplicable pour vous du Directeur de l'établissement comme *Président de ce concours*, dont le programme, s'il n'eût été violé, était fort rationnel.

Disons, d'abord, que cette violation évidente du règlement a eu pour résultat de léser certains candidats non recommandés, et de permettre à un candidat, qui *n'aurait pas dû être admissible*, de passer par-dessus la tête des autres et d'être nommé titulaire.

« M. le Préfet de police et moi nous avons étudié la protestation qui nous a été adressée par trois candidats et nous « avons *trouvé* cette explication très ingénieuse et très sérieuse « que je vous engage à méditer: « M. le Directeur de l'Hôpital « représentait le Préfet de police. Il a cru devoir changer le « règlement du concours et escompter le vote du Conseil général, qui a ultérieurement créé 8 internes au lieu de 4. » (C'est absolument inexact, la seule chose qu'on ait faite a été de donner une indemnité aux internes provisoires; elle sert à payer le voyage, c'est bien le moins).— « Un jeune homme *très « intelligent* a trouvé le moyen de se rattraper et de passer « par-dessus les autres, tant mieux pour lui. Dr Z. »

Et comme on lui objectait qu'il fallait admettre 16 admissibles, alors que sur 26 candidats, 14 seuls avaient été admis aux épreuves définitives, et qu'enfin on aurait dû consulter les médecins-juges du concours, il répondit : « On n'en a admis « que 14...; eh bien ! c'est qu'on aura trouvé que les autres « étaient insuffisants ! Nous n'avons pas consulté les médecins de l'établissement ; c'était inutile, MM. Brousse et Levraud sont de notre avis ? ? Au surplus, les nominations ne sont pas signées ; nous voulons bien demander l'avis de M. le Préfet.— Et s'il faut consulter les médecins de l'établissement, il le fera. » — Ne croyez-vous pas qu'il est réellement honteux de procéder ainsi et de violer effrontément les règles qu'on s'est soi-même imposées? La moralisation des concours devrait commencer par les concours d'internat. C'est au debut de la carrière qu'il faut observer la plus stricte équité; autrement autant adopter le régime du bon plaisir qui a au moins le courage d'être franc. Dr X.

VARIA

La visite du Président de la République à l'Asile clinique.

Le Président de la République, continuant ses visites aux établissements hospitaliers de Paris, s'est rendu cette semaine à l'Asile clinique, rue Cabanis, près de l'Observatoire.

Le Président de la République et le Ministre de l'Intérieur ont été reçus, dans le vestibule du bureau d'admission, par MM. de Selves, préfet de la Seine ; Dubois, président du Conseil general ; Laurent, secrétaire général de la Préfecture de Police, et Ranson, conseiller municipal du XIVe arrondissement. M. de Selves a présenté alors au Président le personnel supérieur de l'Asile : MM. Taule, directeur, et Gillet, économe, les Drs Pozzi, chirurgien de l'Asile, Dubuisson, medecin en chef de la division des hommes, Bouchereau, medecin en chef de la division des femmes, Magnan, médecin en chef du bureau d'admission, Quesneville, pharmacien en chef. Etaient présents : MM. Joffroy, professeur de clinique des maladies mentales a la Faculte de Medecine, Barbier, president du conseil de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine, Prestat, membre du conseil de surveillance; Maucomble, administrateur provisoire des biens des aliénés de la Seine, Pelletier, chef du service des aliénés a la prefecture de la Seine, ainsi que les directeurs et les medecins des asiles suburbains de Ville-Evrard, Villejuif et Vaucluse.

Le cortège a visité d'abord le pavillon Ferrus où sont traitées les femmes. M. le Dr Magnan a fait remarquer ici au président les bons résultats que donne la méthode nouvelle qui fait traiter les aliénés agités par l'alitement continu. M. Magnan a pu ainsi supprimer dans son service et les camisoles de force et les cellules. M Félix Faure a semblé prendre à ces explications un vif intérêt. On a visité successivement le pavillon Leuret, où sont traités les hommes, puis l'infirmerie, le deuxième et le quatrième quartier des femmes. Dans l'infirmerie , le président s'est approché des lits de quelques malades et, selon son habitude, a adressé à celles-ci quelques questions et des paroles d'encouragement. Le cortège a pénétré ensuite dans la vaste cuisine, elle est installée dans un original pavillon, entouré d'un fossé, et dans lequel on accède par une sorte de pont-levis Après la visite du premier quartier et de l'infirmerie des hommes, le cortège s'est rendu dans la salle des cours du bureau d'admission. Dans cette salle, décorée de drapeaux tricolores et de plantes vertes, étaient groupés les infirmiers et les infirmières de l'asile. M. Dubois, président du Conseil général, a présenté successivement les uns et les autres à M. Félix Faure, qu'il remercie de sa visite. Le Président a, dans une allocution familière, félicité le personnel supérieur et les agents secondaires de l'Asile de leur dévouement. En terminant, le Président a distribué les récompenses suivantes : les palmes d'*Officier d'académie* aux Drs Dagonet, médecin adjoint de Sainte-Anne, Antheaume, chef de clinique de la Faculté, attaché au service du Pr Joffroy ; des médailles d'honneur à Mlle Obry, sous-surveillante à Sainte-Anne, Mme Bonnefoy, surveillante à Ville-Evrard, M. Gaudremer, surveillant à Villejuif A son départ, le président, qui a laissé la somme de 500 francs pour le personnel de l'Asile, a été acclamé par les personnes présentes. La visite a duré près de deux heures.

Hospitalisation et Traitement des Tuberculeux.

En réponse à une demande de renseignements formulée par plusieurs délégations cantonales, le Préfet de la Seine a adressé à ces délégations, le 11 janvier dernier, une *Circulaire* à laquelle nous empruntons le passage suivant :

« L'Administration de l'Assistance publique fait en ce moment construire à Angicourt (Oise) un Sanatorium pour la tuberculose. D'autre part, et conformément aux indications de la Commission spécialement instituée en vue de rechercher les moyens de combattre la tuberculose, l'Administration poursuit la creation, dans divers hôpitaux d'adultes, de divers services réservés au traitement de cette affection. Un de ces services fonctionne déjà à Lariboisière, un second est en voie d'installation à l'hôpital Laënnec ; d'autres seront prochainement créés. Ces services étant d'ailleurs destinés à tous les malades parisiens, sans distinction de profession, les instituteurs et institutrices pourront y être admis ; j'ajoute qu'il en sera de même à l'hôpital d'Angicourt.

« En ce qui concerne les enfants tuberculeux, l'Administration de l'Assistance publique ne dispose actuellement d'aucun service d'hôpital où ils puissent être spécialement admis. J'excepte pourtant la tuberculose osseuse qui est traitée à notre grand hôpital de Berck. Les admissions à cet établissement sont subordonnées à la décision d'une commission médicale qui se réunit une fois par mois, dans chacun de nos hôpitaux d'enfants : Trousseau et les Enfants-Malades.

« Pour le traitement des enfants atteints de la tuberculose pulmonaire, je rappelle que la Ville de Paris subventionne l'œuvre des Enfants tuberculeux (rue Miromesnil, nº 35), qui doit mettre 20 lits à sa disposition dans son établissement d'Ormesson. »

Revue de Psychologie clinique et thérapeutique.

Nous venons de lire avec intérêt le premier fascicule de la *Revue de Psychologie clinique et thérapeutique*, publication mensuelle, en 32 pages, de nos confrères P. Hartenberg et P. Valentin. Cette nouvelle revue se présente avec deux remarquables travaux originaux, l'un de M. Liébeault sur la suggestion thérapeutique ; l'autre de M. Dumontpallier sur la suggestion et l'hypnotisme. Au lendemain du jour où M. Bernheim est venu dire qu'il n'y a pas d'hypnotisme, ce dernier travail emprunte à la signature qu'il porte et à la place où il paraît, une particulière signification. Suit une partie clinique, puis une revue critique des publications médico-psychologiques de ce

dernier mois. « Nous désirons contribuer dans la mesure de nos forces à légitimer et à étendre les récentes conquêtes de la psychologie dans le domaine de la clinique et de la thérapeutique. » Tel est le programme indiqué : nous souhaitons qu'il soit réalisé. H. L.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 31. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet, Sébileau. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Pinard, Delbet, Walther. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Kirmisson, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Marchand, Lejars, Broca. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Letulle, Gaucher.

MARDI 1er. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Chantemesse, Gley, Chassevant. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Le Dentu, Bar, Hartmann — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Berger, Campenon, Quénu. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Hallopeau, Marfan.. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Charrin, Achard.

MERCREDI 2. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Ricard, Lejars. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Rémy, Reynier, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Delbet, Tuffier, Varnier.

JEUDI 3. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Panas, Albarran. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Rémy, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral 1re *partie*) : MM. Maygrier, Nélaton, Thiéry.

VENDREDI 4. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Blanchard, André. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Brissaud, Gilles de la Tourette, Widal. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Dejerine, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 5. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Quénu, Rémy. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Letulle, Roger. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Raymond, Achard — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Cornil, Troisier, Marfan. — (2e *série*) : MM. Debove, G. Ballet, Gilbert.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 2. — M. Cavanie. Essai sur la pathogénie de la mélanodermie parasitaire. — M. H. de Rothschild. L'allaitement mixte et l'allaitement maternel. — M. Reille. Cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de l'abaissement (mis en usage par M. Schwartz). — M. Carpanetti. Contribution à l'étude de la périarthrite scapulo-humérale.

JEUDI 3. — M. Vivier. Sur l'infantilisme. — M. Pompeani. Toxine et antitoxine du gonocoque. Etude critique et expérimentale). — M. Meunier. Cirrhose pigmentaire. — M. Lautaret. Des complications locales et en particulier des complications infectieuses consécutives aux injections d'éther. — M. Loiselet. Essai sur certains états infecticux attribués à la grippe. — M. Lapina. Traitement du rhumatisme — M. Dulac. Du traitement des tumeurs blanches par les injections antiseptiques intra-articulaires.

VENDREDI 4 — M. Potier. Contribution à l'étude des tumeurs du pli du coude. — M. Paris. Valeur séméiologique des écoulements de sang et de sérosité par l'oreille dans les fractures du rocher. — M. Wetterwalld. La commotion du labyrinthe.

Enseignement medical libre.

Thérapeutique appliquée aux maladies nerveuses. — M. le Dr VERRIER a commencé un cours libre à l'amphithéâtre Cruveilhier de l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole de Médecine, le mardi 11 janvier 1898, à 4 heures ; il le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Institut Psycho-Physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts. *Cours et Conférences du semestre d'hiver* 1897-1898. — Jeudi 3 février, à 5 heures, M. le Dr BERILLON : *La pédagogie suggestive et l'orthopédie mentale* (démonstrations expérimentales). — Jeudi 10 février, à 5 heures, M. le Dr Paul FAREZ : *L'hypnotisme considéré comme procédé d'expérimentation en psychologie.* — Jeudi 17 février, à 5 heures. M. le Dr Jules BOIS : *De la suggestion dans les grimoires et dans les documents relatifs à l'ancienne magie (évocations, incantations, philtres, charmes et envoûtements).* — Jeudi 24 février, à 5 heures, M. Eugène CAUSTIER : *Psychologie comparée : L'évolution sexuelle et les combats des animaux pour la suprématie* (projections à la lumière oxhydrique). — Jeudi 3 mars, à 5 heures, M. le Dr Max NORDAU : *La paralysie générale : signes précoces et formes frustes de la paralysie générale.* — Jeudi 10 mars, à 5 heures, M. le Dr BERILLON : *La psychologie de la vision et l'évolution de la fonction visuelle* (démonstrations des Rayons de Rœntgen, par le Dr Dagincourt). — Jeudi 17 mars, à 5 heures, M. le Dr Henry LEMESLE : *Les aliénés criminels.* — La plupart des conférences seront accompagnées de présentations de malades, de démonstrations cliniques de psychothérapie, de démonstrations expérimentales et de présentations d'appareils.

NÉCROLOGIE

M. le Dr MESNET (de Paris).



M. le Dr MESNET (de Paris).

Le Dr MESNET, membre de l'Académie de Médecine, médecin honoraire des hôpitaux, officier de la Légion d'honneur, a succombé le 13 janvier 1898 aux progrès d'une maladie du cœur qui, depuis deux ans, avait suspendu son activité, interrompu ses travaux.

Il était né à Saumur, en 1825. C'est à l'Ecole de Médecine d'Angers qu'il commença ses études médicales, il en fut un des meilleurs élèves et l'un des lauréats (1844). Aussi quand il arriva à Paris, il concourut immédiatement pour l'externat, et deux ans après il était interne des hôpitaux. En 1848 il était à l'hôpital Saint-Louis au moment des émeutes, et l'on se battait tout autour de l'hôpital ; il s'y comporta courageusement ; il eut, avec ses collègues, beaucoup de blessés à soigner ; en récompense de son dévouement, il recevait une médaille du Ministre de l'Intérieur.

En 1851, il était interne de Briquet ; c'est là qu'il prit le goût de l'étude des maladies nerveuses : il recueillit dans ce service les matériaux de sa thèse inaugurale (1852) sur les Paralysies hystériques. Certes, on avait parlé de ces troubles de la sensibilité générale chez les hystériques, l'attention était éveillée sur eux depuis les travaux de Gendrin, de Briquet, de Macario, de Beau, de Landouzy, de Bezançon, mais on était loin d'être d'accord, et avec des modes d'examen différents, on niait ou on affirmait, sans que la vérité se dégageât. Avec la thèse de Mesnet qui avait cherché, sous la direction de Briquet, sur un nombre considérable d'hystériques, s'établit la notion précise de la valeur symptomatique de l'hémianesthésie, et surtout de l'hémianesthésie gauche chez les hystériques. A la suite de cette thèse se trouve une très curieuse observation recueillie dans le service de Michon, à la Pitié. Il s'agit d'un malade que, avait reçu un coup de couteau à la partie interne de la cuisse ; la fémorale n'avait pas été atteinte, mais des vaisseaux d'un certain calibre, artériels et veineux, avaient été tranchés, l'hémorragie n'avait pu être arrêtée par

aucun procédé hémostatique. Mesnet proposa de traverser d'un seul coup de couteau les parties molles correspondant au sommet de la blessure, et de tailler un vaste lambeau qui permettrait d'aller trouver et lier les vaisseaux sectionnés. L'opération fut ainsi pratiquée, et suivie d'un succès complet; il n'avait pas fallu faire moins de cinq ligatures.

Ses études terminées, Mesnet s'en alla s'installer à Saumur, auprès de sa famille. Il avait rêvé mieux; le souvenir de son internat, de la vie laborieuse qu'il avait menée dans les hôpitaux, des amitiés qu'il avaient laissées à Paris, lui rendaient pénible, difficile même à accepter la vie de province. Il revint à Paris, en 1853; Boinet, son compatriote, qui l'aimait beaucoup, le présenta dans la famille du Dr Archambault, ancien médecin en chef de la Maison nationale de Charenton, qui venait de succéder au Dr Belhomme dans la direction de la maison de santé de la rue de Charonne, consacrée au traitement des aliénés. Le Dr Archambault donna sa fille au jeune docteur, et alors commença pour lui la vie qu'il devait mener pendant plus de trente ans, et pendant laquelle il travailla beaucoup, conquit la situation la plus honorable, la plus digne, par ses travaux d'abord, par son caractère, par sa droiture, par sa probité scientifique.

Il avait l'ambition élevée de devenir médecin des hôpitaux; de 1854 à 1859, il prit part à plusieurs concours, avec distinction, et fut nommé en 1859. Deux ans après, il prenait sa place à l'hôpital Saint-Antoine qu'il n'a quitté qu'en 1885, pour arriver à l'Hôtel-Dieu où s'est terminée, en 1890, sa carrière de médecin des hôpitaux.

Mesnet s'est occupé avec une prédilection marquée des maladies du cerveau et du système nerveux. Placé par les circonstances dans un milieu où l'observation est facile et peut être aisément continuée, il trouva des sujets intéressants. C'est en 1856 qu'il publia dans les *Archives de Médecine* une étude tout à fait originale sur la folie rhumatismale. Jusqu'à lui, si on avait bien vu les délires au cours du rhumatisme; on ne les avait considérés que comme une complication à propos de laquelle on disait volontiers : méningite rhumatismale, mais personne n'avait pensé à l'aliénation mentale d'origine rhumatismale. Mesnet, le premier, a dégagé nettement le type avec l'observation d'un jeune malade qu'il soigna dans la maison de santé, et dont il nota jour par jour les manifestations délirantes. Depuis, les observations se sont multipliées, et ont pleinement confirmé ses vues.

En 1860 parut dans les *Archives de Médecine*, sous le titre de : « Somnambulisme pathologique », une observation qui montrait de la manière la plus certaine, le dédoublement de la personnalité; sujette à des accès de somnambulisme, à périodicité régulière, la malade qui, dans la journée, était réduite à l'immobilité par une paraplégie hystérique, retrouvait la nuit toute la liberté de ses mouvements pendant deux heures, et accomplissent une série d'actes plus ou moins coordonnés, pouvant sembler appartenir à une volonté réfléchie et consciente, et cependant en contradiction formelle avec le caractère, les sentiments, d'une jeune femme qui multiplia les tentatives de suicide, les préparant pendant une nuit, et dans la nuit suivante cherchant à les réaliser. Il va sans dire qu'au réveil la perte de souvenir était complète.

Poussée très loin, l'étude médico-psychologique de ces phénomènes a beaucoup servi plus tard à Mesnet, lorsqu'il eut l'occasion d'observer d'autres faits de somnambulisme naturel associé au somnambulisme provoqué. Les deux faits de Didier et de Fournioux sont les plus complets que nous connaissions, et ne le cèdent pas en intérêt au fait si curieux de . élicia X..., rapporté par Azam. Suivant sur cette voie Mesnet a réuni un assez grand nombre de cas, et, en 1894, il a fait paraître un volume sous le titre : « le Somnambulisme provoqué et la fascination », qui est utile à connaître. On y trouvera des considérations médico-légales de nature à éclaircir certains points obscurs, et surtout à mettre en garde contre des affirmations trop absolues. Mesnet avait trop vu, et trop bien vu, pour ne pas rester dans une réserve prudente, sage. Il a tout demandé à l'observation; il n'a rien avancé qu'il n'eût contrôlé; c'est son mérite, et il est grand, d'avoir, précisément à propos des considérations médico-légales dans lesquelles il est entré, insisté sur la réserve que doit toujours garder le médecin interrogé par la justice, « en l'absence de preuves suffisamment confirmatives ». C'est un ensemble de preuves de ce genre que nous apportions, lui et moi, à la Cour d'appel dans l'affaire Didier. Mais, il faut bien le dire, nous connaissions le malade bien longtemps avant son arrestation, et rien n'avait été plus simple et plus facile pour nous que de démontrer l'innocence de cet homme. Cette démonstration qu'il nous fut permis par M. le président de la Chambre des appels de police correctionnelle, l'honorable M. Manan, de faire dans la chambre du conseil, impressionna vivement les magistrats qui en furent les témoins. Si « extraordinaires » que dussent leur paraître les manifestations qui se produisaient devant eux, il ne pouvait leur rester des doutes quand ils eurent pu se convaincre que le sujet, en état de somnambulisme provoqué, était, lorsque nous l'avions placé directement sous la domination de chacun d'eux, aussi docile à leurs ordres qu'il l'avait été aux nôtres. Nous n'avons jamais trouvé depuis l'occasion d'être aussi affirmatifs.

Ce n'était pas seulement à l'occasion des troubles du système nerveux que Mesnet se montrait aussi bon clinicien, aussi sévère observateur. On a de lui des travaux fort intéressants sur l'hémoglobinurie paroxystique, sur la physiologie pathologique du cerveau, à propos des mouvements circulaires, sur le délire aigu hydrophobique, sur un cas d'aphasie avec hémiplégie gauche, perte absolue de la parole et conservation de l'écriture, etc. Une des études les plus curieuses que Mesnet ait publiées, c'est celle de l'homme dit : Le Sauvage du Var. En 1864-1865, Mesnet, pour des raisons de santé, avait passé l'hiver à Hyères. On lui avait signalé l'existence, dans la forêt de Pierrefeu, d'un individu qui vivait seul, s'éloignant systématiquement de tout commerce avec ses semblables. Il n'était pas d'un abord facile. Mesnet parvint, non sans peine, à l'approcher, à obtenir ses confidences. Il trouva là un misanthrope, qui, voulant vivre seul, dans une indépendance absolue, affranchi de toute obligation vis à vis des hommes, s'était proposé « de ne rien devoir qu'à la terre, libre, qu'on doit aimer sans abuser d'elle, sans la fatiguer par une culture exagérée ». Cet homme poursuivait, sans se laisser distraire, un but fixé dès longtemps. Il voulait être l'homme de la nature, et c'était à elle seule qu'il voulait tout demander. Il laissait croître sa barbe et ses cheveux pour se fabriquer, avec ce qu'il appelait la récolte de son corps, un vêtement qu'il ne devrait qu'à lui-même. Deux fois par mois, il recueillait les poils caducs; il enduisait d'une espèce de poix de sa fabrication sa chevelure et sa barbe, et il attendait patiemment que sa récolte fut assez abondante pour qu'il pût tisser un vêtement sans pareil. Nulle idée de prosélytisme; tout au contraire. Rien de plus qu'une conception, bizarre, à coup sûr, mais respectueuse de la liberté de chacun et nullement de nature à troubler l'ordre social. Cerise, qui fut chargé par l'Académie de Médecine d'analyser la très intéressante communication de Mesnet, terminait ainsi son rapport : « Cet homme doit son bonheur, sa force, sa santé, sa paix inaltérable, sa vertu même, à l'utopie satisfaite de la misère selon la nature, l'idée inflexible, étrange, folle, la monomanie, si l'on veut, plus ou moins contenue dans les limites physiologiques; voilà l'élément des existences exceptionnelles. Une individualité remarquable, sinon puissante, pourrait tout aussi bien surgir de cet élément, si, à l'idée stérile et personnelle du solitaire, se substituait l'idée féconde et impersonnelle d'un réformateur, apparaissant sur un sol préparé et à l'heure propice. » C'était parler, dans un langage philosophique élevé, d'un être fort singulier, qu'on appellerait aujourd'hui un dégénéré, sans aucune supériorité. Qui le croirait, cette étude si consciencieuse de Mesnet, qui n'avait eu pour mobile que sa curiosité scientifique, fut vivement critiquée par un médecin qui ne manquait ni de verve, ni d'esprit, et chez lequel la combativité était la faculté maitresse. Il prétendit qu'on n'avait pas le droit d'aller troubler les gens qui vivaient, comme le sauvage du Var, à leur guise sans gêner personne. Ce médecin était plus radical encore que le sauvage du Var, qui se prêta avec une assez vaniteuse complaisance à l'examen que Mesnet fit de lui avec toute la discrétion possible.

Médecin des hôpitaux depuis 1859, Menset fut chargé à l'hôpital Saint-Antoine du service des cholériques en 1866 et

1868. Il y fit preuve du dévouement le plus absolu. On a de lui un travail des plus intéressants qui fut récompensé par l'Institut, sur les conclusions d'un rapport de Ch. Robin. Dans ce mémoire, les complications délirantes survenant, au moment de la réaction, chez des individus antérieurement en puissance d'intoxication alcoolique, sont rapprochées, avec un sens clinique des plus fins, des accidents du même genre qui s'observent dans les traumatismes, dans les grandes pyrexies.

Parmi les publications de Mesnet, il en est une qui fut, à l'heure où elle se produisit, très favorablement accueillie par l'Académie de Médecine. Lorsque, sous la pression de l'opinion publique, assez mauvaise conseillère d'ailleurs, on s'occupa de la revision de la loi sur les aliénés, Mesnet, avec sa grande et longue expérience, n'hésita pas à venir dire combien étaient exagérées les craintes qu'on avait conçues au sujet des atteintes possibles à la liberté individuelle. Il put affirmer qu'il ne connaissait pas un seul cas suspect, et il pensait que si cette loi, si longuement, si consciencieusement élaborée, présentait des défauts ou des lacunes, ce n'était pas certainement du côté des médecins des asiles ou des maisons de santé privées qu'on pouvait trouvor matière à discussion.

La vie de Mesnet a été simple, modeste, mais laborieuse et utile. Il ne cherchait pas le bruit ; il trouvait son bonheur dans la vie de famille. Sous des apparences un peu rudes, il cachait un cœur excellent. Ses ambitions très légitimes, d'ailleurs, furent satisfaites, et au delà, quand il eut l'honneur de devenir membre de l'Académie de Médecine. L'honorariat des hôpitaux arriva pour lui presque en même temps que sa nomination d'Officier de la Légion d'honneur. Ces distinctions furent les récompenses de sa vie médicale honnête et digne ; elles ne firent pas de jaloux, parce que tout le monde savait qu'elles étaient méritées. A. M.

M. le Dr de PIETRA-SANTA (de Paris).

M. le Dr Pietra-Santa, rédacteur en chef du *Journal d'Hygiène*, secrétaire perpétuel de la Société Française d'Hygiène, chevalier de la Légion d'honneur, est mort cette semaine à Saint-Cloud des suites d'une broncho-pneumonie, dont il avait été atteint il y a quelques jours.

Né à Ajaccio, allié à un degré assez proche aux Bonaparte, le Dr de Pietra-Santa, après avoir fait ses études médicales à Pise et à Montpellier, était venu à Paris, où il remplit pendant les premières années de l'Empire les fonctions de secrétaire auprès du vieux roi Jérôme de Westphalie, et de médecin aussi, pendant quelque temps, auprès du fils de celui-ci, le prince Napoléon. Il eut avec l'un et l'autre de ces personnages des demêlés fameux, qui firent grand bruit en leur temps.

Vers 1868, il avait été, sur la proposition du baron Larrey et avec l'appui de M. Rouher, nommé médecin par quartier de l'empereur Napoléon III, fonctions qu'il exerça jusqu'au 4 septembre 1870. — M. le Dr de Pietra-Santa a joué un rôle important dans le progrès de la science de l'hygiène sous toutes ses formes. On lui doit de nombreux articles sur la climatologie, l'étiologie et la thérapeutique des fièvres intermittentes, l'influence des pays chauds sur la tuberculose, etc... Il fut l'un des propagateurs de la crémation et a publié divers travaux et ouvrages sur ce sujet. Il s'efforça constamment de concilier la pratique de la crémation, qu'il considérait comme excellente, avec les principes religieux.

FORMULES

III. — Pommade contre la gale. — (M. L. Leistikow).

Naphtol 6.	5 grammes.
Soufre précipité.	10 —
Styrax	ââ 30 —
Poudre de pyrèthre.	
Axonge.	100 —

Mêlez. — Faire une friction quotidienne, pendant trois jours consécutifs, durant lesquels le patient portera de la flanelle comme linge de corps. (*Sem. méd.*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 9 au samedi 15 janvier 1898, les naissances ont été au nombre de 1.022, se décomposant ainsi: *Sexe masculin :* légitimes, 393, illégitimes, 135. Total, 528. — *Sexe féminin :* légitimes, 357, illégitimes, 137. Total, 494.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 9 au samedi 15 janvier 1898, les décès ont été au nombre de 1.214, savoir : 643 hommes et 571 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 0, F. 0, T. 0. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 6, T. 9. — Scarlatine : M. 0, F. 2, T. 2, — Coqueluche : M. 3, F. 1, T. 4. — Diphtérie, Croup : M. 4, F. 6, T. 10. — Grippe : M. 17, F. 19, T. 36. — Phtisie pulmonaire : M. 121, F. 61, T. 182 — Méningite tuberculeuse : M. 13 F. 14 T. 27. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 13, T. 31. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 8, T. 9. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 32, T. 52 — Méningite simple : M. 14, F. 10, T. 24. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 26, F. 26, T. 52. — Paralysie, M. 6, F. 4, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 8, F. 6, T. 14. — Maladies organiques du cœur : M. 41, F. 42, T. 83. — Bronchite aiguë : M. 22, F. 10, T. 32. — Bronchite chronique : M. 18, F. 26, T. 44. — Broncho-pneumonie : M. 50, F. 50, T. 100. — Pneumonie : M. 39, F. 45, T. 84. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 36, F. 31, T. 67. — Gastro-entérite, biberon : M. 17, F. 3, T. 20. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 1, T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 0, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 18, F. 16, T. 34. — Sénilité : M. 12, F. 42, T. 54. — Suicides : M. 12, F. 6, T. 18. — Autres morts violentes : M. 15, F. 7, T. 22. — Autres causes de mort : M. 95, F. 77, T. 172. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 2, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 117, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 47, illégitimes, 19. Total : 66. — *Sexe féminin :* légitimes, 35, illégitimes, 16. Total : 51.

Facultés de Médecine. — *Concours d'Agrégation.* — *Médecine et Médecine légale.* — Ont été déclarés admissibles : *Paris :* MM. Aviraguet, Barbier, Dupré, Méry, de Grandmaison, Péron, Renault, Tessier, Thiroloix, Vaquez. *Province :* MM. Beylac, Cabanne, Carrière, Courmont, Daunic, Deléarde, Frenkel, Hobbs, Lamacq, Lyonnet, Nicolas, Papillon, Patoir, Pairot, Pic, Raymond, Roux, Vires.

École d'application du Service de Santé militaire. — Le médecin principal de 2e classe Chavasse, médecin-chef de l'hôpital militaire de Perpignan, est nommé professeur de diagnostic chirurgical spécial à l'École d'application du Service de Santé militaire.

Société médico-psychologique. — Séance ordinaire du lundi 31 janvier, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, 3. — Ordre du jour : 1° Installation du bureau de 1898 ; 2° rapport de la Commission des finances ; 3° simulation préventive de la folie ; M. Séglas ; 4° les lésions cérébrales de la paralysie générale, étudiées par la méthode de Nissl : M. Gilbert Ballet.

Assistance publique de Paris. — *Conseil de surveillance.* — Le Ministre de l'Intérieur vient de renommer pour une nouvelle période membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris les membres sortants suivants : MM. Félix Voisin, conseiller à la Cour de Cassation, Opportun, Alfred Breuillé, Georges Girou, membres du Conseil municipal, M. le Dr Périer, chirurgien des hôpitaux.

Comité consultatif de l'Assistance publique. — Me Pouillet, ancien bâtonnier de l'ordre des avocats à la Cour de Paris, est nommé membre du Comité consultatif de l'Assistance publique, en remplacement de Me Pignon, décédé.

Institut Pasteur. — M. le Pr Duclaux. — Chimie biologique nutrition des microbes), tous les mardis et jeudis, à 2 h. 1/2 (à partir du 9 novembre).

La Tuberculose dans l'armée. — Sur la proposition de M. Dubois, le Conseil général de Paris a émis le vœu que les certificats délivrés par leurs médecins ordinaires aux jeunes gens appelés sous les drapeaux soient pris en considération par les médecins des conseils de revision et que ces jeunes gens soient laissés en observation dans leurs familles pendant deux ou trois mois, quand des dispositions à la tuberculose auront été signalées.

L'Alcoolisme dans l'armée. — Pourquoi ne ferait-on pas des conférences aux soldats sur les dangers de l'alcoolisme? Ce serait

œuvre inutile : les théories sur la tempérance n'auraient pas plus d'attrait pour le troupier que celles — trop nombreuses déjà — qui lui sont infligées. Plus pratique est la tentative du colonel Roy de Lachaise, commandant le 51e d'infanterie à Beauvais ; ce chef de corps a fait placarder dans les casernes des tableaux coloriés indiquant les ravages causés dans l'organisme humain par l'acool.

Fièvre typhoïde en Corse. — Une lettre d'Ajaccio annonce que la fièvre typhoïde sévit actuellement à Corte. La garnison est atteinte par l'épidémie; deux soldats sont morts.

Epidémies de fièvre typhoïde. — M. le Pr Chantemesse, qui avait été chargé, par le Ministère de l'Intérieur, de faire une enquête sur la récente épidémie de fièvre typhoïde de Castres, est rentré ce matin à Paris.

La Peste aux Indes. — Le vice-roi des Indes vient de télégraphier au gouvernement anglais pour lui demander un nouvel envoi de huit médecins, de deux femmes-médecins et de vingt-cinq infirmières. Il ajoute que si les progrès de la peste devaient, malheureusement continuer, il serait forcé de faire un nouvel appel à la métropole.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — Questions d'oral posées : 17 janvier. *Rapports de la glande parotide ; Paralysies diphtéritiques.* — 19 janvier. *Ligaments de l'articulation tibio-tarsienne*; *Signes, diagnostic et traitement des fractures bi-malléolaires.* — 21 janvier. *Vaisseaux sanguins du cœur*; *Symptômes, diagnostic et pronostic du rachitisme.*

L'Assistance publique en 1898.— Le budget de l'Assistance publique a subi une réduction de 5.000 francs sur les dépenses du service de la pharmacie, et de 50.000 francs sur le service de la cave; par contre, la boulangerie reçoit une augmentation de 182.986 francs, motivée par l'élévation du prix du blé. La subvention municipale est fixée à 20.819.235 francs et le budget de l'Assistance publique est arrêté, en recettes et en dépenses, à la somme de 51.099.909 fr. 56. M. Chassaigne-Goyon ayant demandé que l'Administration fût invitée à confier aux religieuses l'hôpital Beaujon sur la rive droite et l'hopital de la Charité sur la rive gauche, et que tous les malades qui en feraient la demande y fussent admis, *cette proposition a été repoussée au scrutin par 52 voix contre 11.* Le Conseil a émis le vœu : 1° que le gouvernement prenne l'initiative des lois fiscales qui pèsent sur l'Assistance publique; 2° *que la laïcisation de l'Hôtel-Dieu et de Saint-Louis soit effectuée conformément aux délibérations antérieures du Conseil municipal.*

Les Aliénés de la Seine. — M. le Dr Paul Brousse a présenté au Conseil général son rapport sur les aliénés; il y signale l'encombrement du service et demande l'institution d'une commission technique composée de médecins, de savants et de spécialistes pour étudier les réformes nécessaires.

Les Centenaires. — Depuis que les journalistes enregistrent les centenaires, une noble émulation s'est emparée des differentes villes ou contrées qui possèdent des gens ayant doublé le cap de la centaine. L'Auvergne possédant une personne de cent dix ans, s'en enorgueillissait fort jusqu'à ces jours-ci. Mais voici que l'Algérie s'en mêle et les Arvernes n'ont plus qu'à baisser pavillon. A Oran vit encore M. Trémouillet, âgé de cent vingt-six ans, car il est né en 1771. Capturé par les pirates en 1789, il vécut longtemps de la vie des Arabes; mais, depuis 1831, vêtu à la mode européenne, à la dernière mode même, il donne le ton, paraît-il, aux élégants de la ville d'Oran. Détail piquant, M. Trémouillet est *officier de santé*. On voit qu'il a su sauvegarder la sienne.

Un Centenaire. — Un centenaire vient de mourir à Villeneuve-sur-Yonne. C'est un nommé Jean Gaige. Il avait exactement cent ans et neuf mois.

Nouveau journal. — Nous venons de recevoir le premier numéro des *Archives de Médecine des Enfants*, publié par MM. Brun, Comby, Grancher, Hutinel, Lannelongue, Marfan, Moizard et Sevestre. — Un an, 14 fr., Masson et Cie, éditeurs.

Nécrologie. — M. le Dr Astié (de Paris). — M. le Dr Maquet, interne à l'hopital civil d'Alger.— M. le Dr Joseph Gérard, décédé à l'age de soixante-trois ans, chevalier de la Légion d'honneur. C'est le Dr Gérard qui avait présenté, dit *le Temps*, une thèse sur un procédé de fécondation artificielle qui fut écartée par la Faculté.

Asile d'Aliénés de Navarre près Évreux (Eure). — Demande d'interne, 12 inscriptions; traitement 800 francs, logement, nourriture, chauffage, eclairage et blanchissage. S'adresser au médecin-directeur de l'asile.

Vacance médicale. — Un jeune docteur, ancien interne d'un asile d'aliénés, demande un poste dans un établissement départemental d aliénés ou dans une maison privée.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Hôpital Trousseau. — M. Kirmisson a commencé ses leçons cliniques le mardi 25 janvier, à 10 heures, et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Hôpital des Enfants-Malades. — *Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie.* — M. le Dr Sevestre, médecin des hôpitaux, chargé du cours de clinique annexe, fait, à l'hôpital des Enfants-Malades (pavillon Trousseau), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et tracheotomie). Sont admis à suivre cet enseignement MM. les Etudiants pourvus de seize inscriptions et MM. les Drs en Médecine. Chaque élève est exercé à l'examen bactériologique et à la pratique des interventions opératoires. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à trois heures. Les élèves sont classés par séries de vingt et pour une période de un mois. MM. les Drs en Médecine doivent justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

Hospice de la Salpêtrière. — *Maladies du système nerveux.* — M. le Dr Déjerine, professeur agrégé, médecin de la Salpêtrière, a commencé ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses le jeudi 27 janvier 1898, à 5 heures et les continuera les jeudis suivants, à la même heure. Le mercredi matin, à 9 h. 1/4, examen des malades de la consultation externe. Le cours aura lieu dans la salle de la consultation externe.

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Bazy continuera à l'hôpital Saint-Louis les consultations pour les maladies des voies urinaires (reins, vessie, etc.), qu'il faisait à l'hôpital Tenon les mardis, jeudis et samedis à 9 h. 1/2.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

J.-S. Dauriac. — Notes cliniques sur l'emploi de la nouvelle Tuberculine T. R. du Pr Koch dans le traitement des tuberculoses. — Une brochure in-8 carré de 60 pages. — Prix : 1 franc. — Pour nos abonnés. . . . . 0 fr. 75

Bourneville. — Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière, avec la collaboration de MM. Ed. Brissaud, P. Cornet, Budin, H. Duret, P. Keraval, G. Maunoury, Monod, J. Noir, Poirier, Ch.-H. Petit-Vendol, Pinon, P. Regnard, Sevestre, Sollier, Viron, P. Yvon, Me Pilliet-Edwards (*Sixième édition revue et augmentée*). — Ce manuel se compose de cinq volumes : T. I. *Anatomie et physiologie* ; — T. II. *Administration et comptabilité hospitalières* ; — T. III. *Pansements* ; — T. IV. *Soins à donner aux femmes en couches. Soins à donner aux aliénés. Petite pharmacie. Petit dictionnaire des termes médicaux* ; — T. V. *Hygiène.* — Prix des cinq volumes in-18 jésus: 7 fr. 50. — Pour nos abonnés. Prix. . . . . 6 fr.



Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. VII. N° 6. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 5 FÉVRIER 1898.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'Asepsie dans le service de Gynécologie de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu ;

par le Dr CLADO.

L'éclatante réfutation, grâce aux expériences de Pasteur, de la théorie de la génération spontanée a conduit, après bien des modifications, chirurgien et médecin, à la pratique de l'antisepsie. Puis, l'antisepsie, telle qu'on la concevait il y a dix ans, a fait place à l'asepsie, généralement préférée aujourd'hui. Toutefois, il est bon de remarquer que les antiseptiques conservent toute leur valeur, car, sans leur emploi, l'asepsie parfaite ne saurait être réalisée. Malgré la tendance actuelle, je crois qu'il importe de conserver certaines pratiques de l'antisepsie pour des cas déterminés, comme j'aurai l'occasion de le montrer.

Dans cette relation, qui n'a d'autre but que la vulgarisation de procédés consacrés par l'usage, j'exposerai sommairement la pratique de mon Maître, le Pr Duplay, suivie à l'Hôtel-Dieu, sans vouloir prétendre qu'elle soit supérieure à celle d'autres chirurgiens, mais en affirmant qu'elle n'est pas moins efficace. Notre conviction est d'autant mieux établie que, dans tous ses détails, notre manière de faire est uniquement basée sur des recherches de laboratoire, que nous avons entreprises à cet égard mon Maître et moi.

J'examinerai successivement : 1° la préparation du matériel ; 2° celle de l'opérateur et de ses aides ; 3° celle de la malade, c'est-à-dire la confection du champ opératoire. Toutefois, en raison de son importance, je me propose de distraire l'asepsie des instruments de celle du matériel, pour en faire un quatrième chapitre.

I. MATÉRIEL. — a *Cuvettes et bassins.* — Ceux dont on se sert dans les Hôpitaux sont en porcelaine ou en cristal épais. On peut se servir de bassins en métal quelconque, nickelé ou non, ou bien de bassins émaillés. Ces derniers et ceux en porcelaine sont moins coûteux.

Pour obtenir l'asepsie des bassins, cuvettes, boites ou récipients quelconques métalliques, on peut se servir de l'étuve sèche portée à 180°. Cette manière d'opérer ne convient pas aux objets fragiles. On pourrait aussi employer l'autoclave à 120°. Il est préférable de recourir à un moyen beaucoup plus simple, le flambage.

Une petite quantité d'alcool est allumée au fond du récipient auquel, pendant la combustion, on imprime des mouvements, de façon à ce que la flamme en lèche toute la surface interne. A défaut d'alcool, on peut se servir de l'éther, mais comme il flambe trop vite, il y a moins de sécurité ; de plus, une trop grande quantité versée au fond du bassin pourrait donner lieu à des accidents.

Le bassin, une fois préparé de la sorte, peut être garni d'une compresse aseptique et recevoir les instruments, tampons ou autres objets devant servir à l'opération. La compresse d'ailleurs n'est pas indispensable ; ai-je besoin d'ajouter qu'elle devient sans objet quand le bassin doit être rempli avec un liquide ?

b) Compresses, tampons. — Nous ne nous servons jamais d'éponges, ni de compresses de flanelle, et très rarement de tampons de coton hydrophile. On en connait les inconvénients. L'éponge, même bien préparée, est infidèle et en outre, elle contient souvent du sable. La ouate et les fragments de flanelle peuvent laisser des filaments dans le champ opératoire. Nous nous servons à l'Hôtel-Dieu exclusivement de compresses de gaze stérilisée et non apprêtée, et de compresses de toile. Avec la gaze on confectionne des compresses de 4 à 6 doubles, de 3 grandeurs. Les plus petites ont 10 centimètres carrés, les plus grandes de

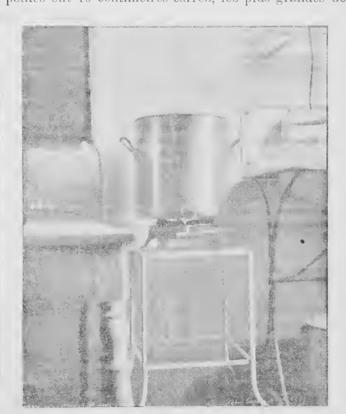


Fig. 13 — Marmite pouvant servir indifféremment à l'ébullition des compresses et à la conservation des solutions antiseptiques stérilisées.

30 à 40 centimètres carrés. Ces compresses sont préparées à l'hôpital même de la façon suivante : Après avoir découpé la grandeur voulue et plié la compresse en 4 ou 6 doubles, on rentre ses bords en dedans, et l'on coud un ourlet, de façon à cacher complètement la partie de la compresse susceptible de s'effilocher. La compresse de toile n'a qu'une feuille, mais ses bords sont ourlés de la même façon. Elles ont environ 50 centimètres de longueur sur 40 de largeur. Ces deux sortes de compresses, étuvées dans l'autoclave à 130°, sont conservées dans de grandes marmites en métal émaillé. On les stérilise de nouveau immédiatement avant l'opération. Pour cela on les fait bouillir dans une solution au 1/2.000 de sublimé, pendant environ une demi-heure. Puis, après avoir vidé le récipient grâce à un robinet ménagé à cet effet à sa paroi

inférieure, on verse une première fois de l'eau filtrée bouillante sur les compresses, de façon à les immerger complètement, et l'on fait bouillir encore pendant un quart d'heure. On vide de nouveau, et on lave à l'eau bouillante une deuxième et au besoin une troisième fois. Le sublimé est ainsi entraîné, et les compresses se trouvent dès lors inoffensives, même introduites dans la cavité abdominale. Deux ébullitions suffisent pour débarrasser la compresse du sublimé et lui conférer l'asepsie; on procède à la dernière ébullition immédiatement avant l'opération, de manière à pouvoir disposer de compresses chaudes, presque brûlantes. En résumé : Préparation de compresses de gaze et de toile. Etuvage à sec et conservation. Ebullition dans le sublimé, une demi-heure. Ebullition et lavage dans l'eau filtrée et stérilisée. Deuxième ébullition, un quart d'heure dans l'eau filtrée et stérilisée.

Nous nous somme assuré que les compresses ainsi préparées ne peuvent ensemencer un milieu de culture. Elles sont stériles.

c) *Solution antiseptique. — Eau.* L'expérience a montré que les solutions faibles, et même parfois celles qui sont considérées comme réellement antiseptiques sont loin de remplir les conditions d'une rigoureuse asepsie. D'où le précepte de ne jamais se servir d'une solution antiseptique, et à plus forte raison de l'eau simple, sans l'avoir préalablement stérilisée par la chaleur. Les solutions dont nous nons servons communément à la clinique sont: le sublimé à 1/2.000 et 1/4.000, l'eau phéniquée à 1/50 ou 1/100, l'eau naphtolée, l'eau boriquée, l'eau salée, enfin l'eau pure. Nous faisons bouillir toutes les solutions pendant un quart d'heure ou une demi-heure suivant la valeur de l'antiseptique. On procède à cette ébullition immédiatement avant l'opération. Deux grandes marmites, de 50 litres chacune, sont constamment prêtes à recevoir l'une de l'eau sublimée au 1/2.000, et l'autre de l'eau phéniquée.

d) *Préparation de la pièce.* — Notre salle d'opérations laisse malheureusement beaucoup à désirer. Les locaux manquent à l'Hôtel-Dieu. Aussi sommes-nous obligés de prendre, avant les grandes opérations, certaines précautions qui seraient superflues dans d'autres circonstances. C'est ainsi qu'on lave fréquemment au sublimé les murs et les fenêtres, ainsi que le parquet, et que ce dernier, les jours d'opération, est garni d'alèzes propres. Ordinairement nous faisons pulvériser de l'eau phéniquée pendant une ou deux heures avant de commencer à opérer. Si je rapporte ces menus détails, c'est que je suis convaincu que l'on pourrait préparer en ville des chambres ordinaires de façon à opérer à l'abri de tout danger. A cet effet, on peut aussi recourir à la combustion du soufre, à l'ébullition d'une solution de permanganate de potasse, etc. En résumé, il est bon d'avoir des pièces spéciales pour les grandes opérations de gynécologie, mais on peut obtenir une propreté relative par les procédés de désinfection dont on dispose aujourd'hui, et qui sont à la portée de tout le monde.

II. Asepsie des mains. — Le chirurgien est appelé à se mettre en rapport avec les malades dans différents cas : pour pratiquer un examen, et en particulier le toucher vaginal et rectal; pour faire un pansement, ou plutôt renouveler un pansement; pour pratiquer une opération. Dans tous ces cas, la malade subit le contact des mains du chirurgien, et ce sont elles qu'il importe de rendre aseptiques. Mais on comprend fort bien que l'importance de cette asepsie doit varier suivant les circonstances.

a) *Examen au toucher.* — Avant de pratiquer le toucher sur une malade, il est indispensable de se savonner soigneusement les mains avec une brosse, de bien frotter surtout la main droite, particulièrement l'index et la rainure de l'ongle. Les brosses dont nous nous servons sont en chiendent et reviennent à un prix minime, ce qui permet de les renouveler fréquemment. On plonge ensuite les mains dans la solution de sublimé à 1/2.000 ou 1/4.000, en les y laissant séjourner 2 ou 3 minutes. Dans la pratique civile, pour préparer ces solutions, on peut se servir de paquets dosés à l'avance, ou bien de solutions alcooliques de sublimé, titrées à 25 centigrammes ou 50 centigrammes par cuillerée à café. Enfin le doigt est oint de vaseline sublimée ou de pommade au savon naphtolé antiseptique. Jamais on ne doit plonger le doigt nu dans le pot qui les contient, mais en l'enveloppant d'une compresse stérilisée ou d'une serviette bien propre, on retirera du vase une certaine quantité de la pommade que l'on présentera ensuite, sur le linge même, au chirurgien. Il est alors plus facile à ce dernier, saisissant le linge de la main gauche, d'oindre convenablement l'index de sa main droite; mais surtout on évite ainsi d'introduire des impuretés dans le réservoir qui contient la vaseline. Toutes ces précautions étant prises, on procède au toucher vaginal.

On voit fréquemment des élèves, et même des chirurgiens, au cours de l'examen, quitter la cavité vaginale pour pratiquer sur-le-champ le toucher rectal. Cette manière de faire peut conduire à de graves accidents. On est donc tenu de se laver de nouveau les mains, avec les soins indiqués, avant de pratiquer l'exploration par le rectum. A plus forte raison doit-on procéder ainsi lorsque les nécessités de l'examen conduisent à refaire le toucher vaginal après le toucher rectal. Si l'on veut gagner du temps, on pourra pratiquer d'une main le toucher vaginal et ensuite le toucher rectal de l'autre main.

En ce qui concerne le *toucher intra-utérin*, les précautions à prendre sont semblables à celles que nous indiquerons plus loin pour les grandes opérations.

En résumé, les soins préliminaires avant le toucher vaginal ou rectal sont: lavage soigné des mains et des ongles. Immersion pendant quelques minutes dans la solution de sublimé. Graissage avec la vaseline sublimée ou le savon antiseptique.

b) *Pansement.* — Pour les pansements ordinaires, nous nous contentons de savonner soigneusement les mains avec la brosse et de les plonger ensuite dans le sublimé à 1/2.000 pendant trois ou quatre minutes. Toutefois, dans certains cas, l'usage du permanganate de potasse peut être nécessaire. Dans les pansements de l'hystérectomie, par exemple, ou bien dans les curettages faits après les avortements ou les accouchements infectés. Chaque fois surtout que le pansement exige certaines manœuvres à pratiquer avec le doigt, et que l'on est obligé de conduire des lanières jusqu'au contact des parties malades.

c) *Opération.* — L'opérateur et ses aides peuvent se revêtir de blouses, de tabliers qu'on aura étuvés à 120°. Mais cette stérilisation n'est pas indispensable, car les mains et les bras, une fois aseptisés, ne doivent plus toucher que des objets absolument aseptiques. Or, on ne saurait considérer comme tels les blouses ou les tabliers, même antérieurement stérilisés. Il importe donc de ne jamais les toucher, ni les frôler au cours de l'opération; si, par mégarde, cet accident venait à se produire, il faudrait de nouveau aseptiser les mains.

Pour l'asepsie des mains, il faut préparer à l'avance dans quatre cuvettes stérilisées les liquides suivants: 1° Permanganate de potasse à 10 ou 20 pour 1.000. 2° Bisulfite de soude à 20/100 3° Alcool pur. 4° Sublimé à 1/2.000.

Cela fait, on commence par se laver soigneusement les mains, au besoin à l'eau chaude, avec du savon et une brosse. Puis on se nettoie les ongles avec un cure-ongles ou un canif bien propre. Cette précaution de laver les mains avant de curer les ongles me paraît préférable à celle qui consiste à commencer par le nettoyage des ongles. En effet, les impuretés qui se trouvent au-dessous des ongles se détachent plus facilement une fois ceux-ci mouillés. On revient ensuite au lavage des mains et des avant-bras. Cette fois il faut savonner au moins pendant cinq à six minutes avec la brosse, et si c'est possible sous un robinet d'eau courante, plutôt que dans la cuvette, de façon à ce que les mains se trouvent continuellement au contact de l'eau propre. L'eau chaude n'est pas indispensable. Pendant ce lavage il faut soigner particulièrement le tour des ongles, ainsi que le dessous, en frottant avec insistance à l'aide de la brosse.

Ce lavage terminé, il faut passer les mains et les avant-bras successivement dans les quatre cuvettes préparées à l'avance, et les frotter avec une brosse. Il est indispensable — pour éviter la décomposition permanganique — d'avoir deux brosses pour ces nouvelles opérations, une qui restera dans le permanganate et l'autre dans le bisulfite. Ces brosses, ainsi que celle qui sert au premier lavage, doivent avoir été stérilisées et conservées depuis dans une solution de sublimé.

Le temps qu'il faut rester dans ces liquides varie pour chacun d'eux. Dans le permanganate, il faut se brosser les mains pendant environ deux ou trois minutes jusqu'à ce que la peau prenne une teinte chocolat. On insiste moins avec l'hyposulfite; une minute ou deux à peine — le temps nécessaire à la décoloration — suffit. On passe ensuite dans l'alcool, dont le rôle est d'enlever les squames épidermiques détachées par le permanganate et qui adhèrent encore à la peau. L'alcool, lorsqu'on y trempe les mains, prend l'apparence du petit lait. Enfin on termine par un lavage dans le sublimé à 1/2.000.

En résumé, la succession des opérations est la suivante: 1° lavage des mains au savon; 2° curage des ongles; 3° lavage et brossage des mains et des avant-bras au savon; 4° brossage dans le permanganate de potasse; 5° décoloration dans le bisulfite; 6° passage à l'alcool; 7° lavage au sublimé. On doit calculer son temps de façon à terminer l'asepsie des mains au moment où la malade, que des aides préparent, se trouve prêt pour l'opération.

Au cours de celle-ci, on devra avoir à côté de soi une cuvette de sublimé à 1/2.000, pour y plonger les mains de temps à autre. Si un contact suspect vient à souiller les mains, il faut immédiatement recommencer l'asepsie, en procédant, on le comprend, avec plus de rapidité. Enfin nous recommandons, une fois l'opération terminée, d'oindre les mains de glycérine, afin d'éviter les accidents qui résultent parfois du contact des antiseptiques.

III. — Champ opératoire. — Préparation de la malade. — Pour atteindre l'utérus et surtout ses annexes, on est obligé de se tracer une voie à travers les parois abdominales. C'est là une opération préliminaire qui demande des soins d'asepsie tout particuliers, variables du reste suivant le point ou cette opération est pratiquée. La voie jusqu'à l'utérus une fois réalisée, on aborde l'organe malade, et là aussi différentes précautions d'asepsie sont nécessaires. Nous examinerons donc les précautions à prendre: 1° pour l'opération préliminaire; 2° pour l'opération proprement dite.

On aborde l'utérus par la paroi antérieure de l'abdomen, *voie abdominale*; par la région sacrée, *voie para-sacrée* ou même *sacrée*; à travers le vagin, *voie vaginale*. Pour les deux premières voies, les soins antiseptiques à prendre sont à peu près les mêmes; pour la voie vaginale ils sont différents.

Quelques soins préliminaires doivent toujours être pris pendant les quelques jours qui précèdent l'opération: tels sont les bains savonneux, les irrigations vaginales au sublimé, le tamponnement de la cavité vaginale à la gaze iodoformée, etc. Je considère que l'antisepsie du vagin doit être poursuivie rigoureusement, quelle que soit la voie que le chirurgien doive suivre pour aborder les organes génitaux. Les raisons en sont multiples et faciles à comprendre; mais il en est surtout une qui suffira pour justifier cette façon de faire. Il peut arriver, en effet, au cours d'une opération par la voie abdominale, que, malgré un plan opératoire tracé d'avance, l'on soit forcé d'enlever l'utérus en même temps que les annexes; dès lors l'antisepsie du vagin doit être aussi complète que lorsqu'on opère par la voie vaginale.

A. Voie abdominale. Laparotomie. — L'antisepsie vise deux points: 1° L'asepsie de la paroi abdominale; 2° l'asepsie du champ opératoire, une fois la cavité péritonéale ouverte.

a) *Paroi abdominale.* — Le pubis une fois rasé, la paroi abdominale devra être lavée par une personne dont les mains auront été préalablement rendues aseptiques.

1° Pour laver la peau, on doit se servir d'une brosse et du savon. Il faut employer de l'eau chaude. On peut remplacer l'eau par une solution de sublimé à 1/2.000, sans s'inquiéter de la possibilité d'une précipitation de sels de mercure. A l'aide de la brosse on doit frotter vigoureusement et avec insistance tout l'abdomen et en particulier la ligne blanche. De plus, il faut déplisser la cicatrice ombilicale, en la saisissant avec une pince de Kocher ou une pince de Museux, et la passer à la brosse aussi soigneusement que possible. 2° Après ce lavage, on rince la paroi abdominale avec la solution de sublimé. 3° On dégraisse la peau en versant sur elle de l'éther sulfurique du commerce, en même temps qu'on frotte vigoureusement avec une compresse aseptique. 4° On peut, comme la plupart des chirurgiens ont l'habitude de le faire, laver de nouveau au sublimé. Cette dernière précaution n'est pas très utile.

L'asepsie de la peau du ventre se termine par le garnissage du champ opératoire: avec des compresses en toile disposées en parallélogramme, on recouvre tout l'abdomen, en ménageant sur la ligne médiane une fente longitudinale à travers laquelle le bistouri entamera la peau. Nous nous servons pour garnir le champ opératoire d'une vaste compresse qui recouvre presque tout le corps de la malade, et tombe de chaque côté au-dessous de la surface du lit. Une fente est ménagée sur le milieu de la compresse et correspond à peu près à toute l'étendue de la ligne médiane. De cette façon, sauf le champ opératoire, l'isolement est complet entre la malade et l'opérateur. Une dernière précaution importante consiste à garnir la vulve et le mont de Vénus avec deux ou trois doubles de compresses, indépendantes des précédentes

*

et maintenues en place avec une ou deux pinces hémostatiques.

c) Cavité abdominale. — Une fois le péritoine ouvert il faut, dans la grande majorité des cas, préparer le champ opératoire avant de procéder à l'opération proprement dite. Malgré la position de Trendelenburg, adoptée aujourd'hui par tous les gynécologues, les intestins viennent souvent envahir le petit bassin, ou même s'engagent à travers l'ouverture et la paroi. Pour y remédier, avec une large compresse de gaze suffisamment épaisse et chaude, tenue dépliée dans la paume de la main — comme on tient un cataplasme — on recouvre le paquet intestinal, et on le refoule en haut, du côte du thorax. Si les intestins venaient faire hernie sur le coté on n'hésitera pas à les repousser avec une ou deux nouvelles compresses chaudes, introduites de la même façon dans la cavité abdominale. S'il est nécessaire on garnira encore les fosses iliaques de chaque côté, et même la face postérieure de la vessie. Mais d'ordinaire cette précaution est inutile. En règle générale, toute compresse appelée à séjourner, ne fût-ce que peu d'instants, dans la cavité abdominale — pour éviter des oublis — doit être munie d'une pince, dont les anneaux sortiront hors de l'abdomen. Il en sera donc ainsi des compresses destinées à garnir cette cavité. Nous recommandons de procéder à la préparation du champ abdominal avec le plus grand soin ; elle répond, en effet, à une triple indication : 1° refouler les intestins ; 2° démasquer largement la région sur laquelle on opère ; 3° préparer une sorte de champ clos destiné à localiser les produits septiques pour le cas où, par accident ou par nécessité, on viendrait à ouvrir une collection purulente. On ne doit commencer l'opération sur l'utérus ou les annexes que lorsque le champ sera bien convenablement disposé ; j'y reviens à dessein. Si l'on éprouve quelques difficultés, il faut élever le plan incliné et par conséquent le bassin et le mettre presque vertical ; cette position permettra toujours d'arriver au but désiré. Je rappelle encore une fois que toutes les compresses destinées à venir au contact de la cavité péritonéale doivent être chaudes et munies chacune d'une longue pince dont les anneaux sortiront hors de l'abdomen. D'autres opérateurs se servent, pour repousser les intestins, d'éponges ou de compresses de flanelle. Nous croyons devoir proscrire formellement les éponges dont l'asepsie est difficile à réaliser et qui contiennent souvent des grains de sable et nous préférons ne pas employer la flanelle à cause des filaments qu'elle peut laisser adhérents au péritoine. (*A suivre*).

LES CENTENAIRES. — La dépopulation française actuellement à l'ordre du jour, aurait pour corollaire naturel la diminution des centenaires dans notre pays. Par contre, les modèles de l'extrême longévité abonderaient dans certains pays étrangers. Sur 40 millions d'habitants, nous enregistrons encore 213 personnes ayant dépassé la centaine ; l'Allemagne n'en a que 78 pour 55 millions. L'Espagne par contre en compte 401 pour 18 millions d'habitants. Les chiffres des autres pays sont respectivement de 146 en Angleterre, [illegible] en Irlande, [illegible] en Écosse, 2 en Danemark, 6 en Belgique, [illegible] en Suède, 23 en Norvège. La Suisse n'a pas de centenaires [illegible], on en compte 1.084 en Roumanie, 2.883 en Bulgarie, [illegible] en Serbie ; dans ce dernier pays, on trouvait, en [illegible] personnes âgées de 126 à 135 ans et 3 âgées de 1[illegible]5 à [illegible] ans. Le record de la longévité serait actuellement détenu par un Russe âgé de 160 ans, lequel serait suivi de près par un nègre [illegible] Buenos-Ayres qui aurait déjà 150 ans. Après [illegible] deux autres Russes, un cocher moscovite âgé de [illegible] ans et une femme [illegible], âgée de 130 ans. (*The Times*).

PATHOLOGIE INTERNE

Un cas d'anurie hystérique avec élimination supplémentaire de l'urée, qui a duré pendant douze jours, c'est-à-dire depuis le 6 du mois de mai jusqu'au 18 du même mois, chez une femme hystérique, guérie complètement ;

Par le Dr **Barthélemy GUISY**, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine d'Athènes.

Le 15 du mois de mai, je fus appelé pour visiter une femme veuve, nommée Argentine (Argiro), âgée de 39 ans, et habitant dans une campagne de Smyrne. Elle avait deux fils ; l'un âgé de 8 ans et l'autre de 11. Depuis 9 jours, cette pauvre veuve était atteinte d'anurie. Je lui demandai comment cela lui était arrivé. Elle me répondit qu'elle était sujette à des attaques nerveuses, surtout quand elle se fâchait ou avait des chagrins ; elle tremblait, avait des bourdonnements, des sifflements dans les oreilles, une forte céphalalgie, tombait par terre et avait des hallucinations. Ces attaques lui étaient venues depuis la mort de son mari qu'elle aimait beaucoup ; mais après souffrant de la misère, ces attaques se répétaient plus souvent.

Un jour, on lui annonça que son fils aîné avait été tué dans une querelle qui s'était élevée entre des Turcs ; à la suite de cette commotion morale subite, elle fut prise d'une chaleur à la tête, au visage, d'un tremblement général, d'une attaque convulsive et tomba par terre. Lorsqu'elle revint à elle elle remarqua qu'elle ne pouvait marcher librement comme auparavant ; elle éprouvait une faiblesse des membres inférieurs. Dès lors elle perdit le sommeil, l'appétit, et pleurait continuellement. — Quatre ou cinq jours après la dernière attaque, elle eut des vomissements qui se répétaient tous les jours, plusieurs fois dans la journée. Elle remarqua alors qu'avant ces attaques, elle urinait souvent, tandis que depuis la dernière attaque, c'est-à-dire depuis le 6 du mois de mai jusqu'au 15 du même mois, elle n'urinait plus, que tous les deux ou trois jours une très petite quantité d'urine, à peu près la valeur d'une petite tasse à café d'urine claire.

Mais un jour, avant de quitter son pays, c'est-à-dire le huitième jour, le matin, elle fut prise, comme elle me l'a raconté, d'un catarrhe nasal très fort, lequel a provoqué l'issue d'un liquide jaunâtre, d une odeur urineuse, et qui coulait en même temps par le nez, par les yeux et par les oreilles goutte à goutte continuellement. Mais en même temps elle a remarqué l'écoulement continuel d'un liquide, en très grande quantité, venant de l'intérieur du vagin et ayant une odeur urineuse. Voyant ceci, elle pensait que ce liquide sortait de l'urètre ; mais n'éprouvant aucun besoin d'uriner et se voyant inondée de ce liquide, elle a pensé elle-même que cela provenait du vagin.

Le jour de son arrivée à Athènes, je fus appelé chez elle, c'est-à-dire le neuvième jour, et je remarquai ce qui suit : j'ai vu une femme gardant le lit, pâle, faible, maigre, une bouche entr'ouverte, chose qu'elle a remarquée depuis la dernière attaque convulsive ; c'est à peine si un doigt pouvait y entrer, et ne pouvait ni l'ouvrir, ni la fermer complètement ; elle avait une espèce de trismus.

Lorsqu'on s'approchait d'elle, on sentait une odeur nauséabonde, urineuse ; elle avait aussi les yeux et les narines congestionnés, tuméfiés, rouges, et par lesquels il coulait continuellement un liquide ayant l'aspect de sérum un peu trouble d'une odeur plutôt légèrement ammoniacale. Par les oreilles coulait aussi le même liquide, mais très pale, par gouttes.

J'ai pu donner une très petite quantité de ces liquides au laboratoire du Dr Pampoukis pour faire l'analyse quantitative ; selon cette analyse, ces liquides contenaient de l'urée, 3,64 par litre, quelques globules de pus de mucus.

La malade continuait à vomir ; elle vomissait les aliments ingérés, ou plutôt un peu du lait qu'on lui donnait et beaucoup de liquides. Ces vomissements avaient une odeur urineuse et contenaient aussi de l'urée.

Comme elle m'a dit, depuis la dernière attaque hystérique jusqu'au jour même de son arrivée à Athènes, c'est-à-dire

pendant neuf jours, elle n'avait uriné qu'une très petite quantité, à peu près la valeur d'un petit verre de vin. Je lui sondai la vessie et j'en retirai une demi-tasse à café d'urine claire. En outre, nous avons observé que la malade n'avait pas du tout de sueurs, ni de diarrhée. Parésie des membres supérieurs, surtout du côté gauche, ainsi que du membre inférieur gauche qui était presque paralysé.

Nous avons observé aussi une anesthésie hystérique complète de la peau de la face excepté du front et du cuir chevelu qui étaient au contraire très sensibles. Anesthésie du cou et des oreilles complète, anesthésie incomplète des membres supérieurs et inférieurs, seulement à leur face antérieure. Des plaques hystériques du ventre, surtout à gauche. Ce qui est à remarquer, c'est que l'anesthésie n'avait pas le type de l'hémianesthésie hystérique, mais occupait seulement quelques parties antérieures du corps; l'anesthésie était complète aux oreilles, au cou, à la face et incomplète aux autres parties du corps, tandis qu'en arrière la peau du tronc et des membres supérieurs et inférieurs avait la sensibilité naturelle. La malade sentait une oppression à la nuque, elle avait la sensation d'une boule dans la gorge, des bourdonnements, des sifflements dans les oreilles et une somnolence continue.

La température était toujours 37°,3 à 37°,4. Enfin, sa santé n'était pas comparativement mauvaise.

Traitement. — Nous lui avons ordonné tout de suite, de mettre toutes les deux heures, un papier Rigollot sur la région stomacale, lequel devait rester en place pendant quatre ou cinq minutes chaque fois, et répéter cela cinq à six fois. Intérieurement, nous lui avons ordonné d'avaler de petits morceaux de glace, un peu de limonade, de lait, de bouillon, de bon vin vieux, des sucs de viande crue; tout cela glacé.

Par ce traitement, les vomissements se calmèrent un peu; le dixième jour elle n'a vomi que quatre à cinq fois, le onzième jour deux fois, le douzième jour ils furent complètement suspendus; elle se nourrissait mieux. Les jours suivants, j'ajoutai à prendre dans la journée deux grammes de bromure de sodium en solution bien froide, qu'elle prenait très bien. Après j'ai augmenté la dose de 3 à 4 grammes, qu'elle prenait de la même manière, de sorte qu'après quelques jours tous les autres phénomènes avaient beaucoup diminué. La malade commençait en effet à uriner le douzième jour, 150 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures, les jours suivants la quantité des urines augmentait progressivement. Après quinze jours, la malade est arrivé à uriner 500 à 600 grammes dans les vingt-quatre heures. Avant de quitter Athènes, elle urinait 800 à 1.000 grammes, c'est-à-dire que le taux des urines était presque normal. Mais elle prenait tous les jours du bromure de sodium en grande quantité, de 16 à 18 grammes par jour, sans aucune difficulté. En outre, elle prenait des fortifiants, des douches, etc., etc. La malade est partie complètement guérie; elle n'avait plus au moment de son départ qu'une faible parésie du membre inférieur gauche; tous les autres phénomènes avaient disparu.

Ce qui est à remarquer dans mon cas d'anurie hystérique, c'est que:

1° L'anurie se présente comme un symptôme permanent, elle a duré douze jours, fait qui n'est pas commun;

2° Que l'anurie s'accompagne ici de vomissements presque continuels;

3° Que l'anurie s'accompagne d'une élimination supplémentaire de l'urée par le nez, les yeux, les oreilles et le vagin; c'est un fait qui jusqu'à présent a été mis en doute et que, cependant, d'après l'observation de notre cas, on ne peut pas discuter.

4° Que la malade, malgré la permanence de l'anurie, se trouvait comparativement en bonne santé, assurément à cause de l'excrétion supplémentaire de l'urée par l'estomac, le nez, les yeux, les oreilles et le vagin.

Comment peut-on expliquer le phénomène d'anurie chez les personnes hystériques? De quelle manière se fait l'élimination supplémentaire de l'urée par l'estomac, le nez, les yeux, les oreilles, etc.?

Aujourd'hui on reconnait que les impressions morales vives, selon le degré de leur action sur l'organisme, augmentent, diminuent, suppriment ou arrêtent les sécrétions des glandes par l'intermédiaire des nerfs du système cérébro-spinal et du grand sympathique ou par l'influence qu'exerce le système nerveux sur les glandes par l'intermédiaire de la circulation. En effet, ces impressions morales vives agissent par voie réflexe sur la contractibilité ou sur la dilatabilité des vaisseaux sanguins et des glandes excrétantes par l'intermédiaire des nerfs exclusivement *vaso-constricteurs*, dont le centre nerveux moteur se trouve, on le sait, dans la moelle allongée, et des *nerfs vaso-dilatateurs*, dont les centres moteurs se trouvent aussi très probablement dans la moelle allongée et dans la moelle épinière. L'action des centres des vaso-moteurs sur les glandes se manifeste de deux manières complètement opposées, c'est-à-dire, ou par une contraction des petits *vaisseaux sanguins* des glandes, par l'intermédiaire des nerfs vaso-constricteurs qui envoient des filets nerveux aux tuniques vasculaires, aidés du grand sympathique, ou par élargissement des vaisseaux sanguins, ou relâchement de leurs parois, par l'intermédiaire des nerfs spéciaux dits vaso-dilatateurs qui envoient aussi des filets nerveux aux tuniques vasculaires et qui agissent par leur prédominance sur les *vaso-constricteurs*, dont ils arrêtent l'action contractive sur les vaisseaux sanguins, provoquant ainsi leur dilatation.

Cette explication du phénomène rend notre cas très clair. L'impression après une émotion très vive a été transmise des hémisphères cérébraux par voie réflexe dans la moelle allongée, où se trouve le centre du système vaso-moteur des vaso-constricteurs, lequel envoie des nerfs ou des filets nerveux vaso-constricteurs aux tuniques musculaires des vaisseaux sanguins des reins. Parceque, selon les expériences du Pr Rhiga Nicolaïdès, si l'on divise la moelle épinière au dessous de la moelle allongée en entretenant la respiration d'un animal par le curare, et si ensuite on fait une section à la moitié de la moelle épinière, un peu au dessous de la division de la moelle épinière, les reins deviennent progressivement pâles, anémiques et la sécrétion urinaire diminue sensiblement. L'excitation du centre vaso-moteur des nerfs vaso-constricteurs se transmet donc à la moelle épinière par les branches communiquantes, par les plexus du grand sympathique, enfin par les plexus rénaux à la tunique musculaire des vaisseaux et des artérioles des reins par l'intermédiaire des nerfs vaso-constricteurs, provoque la contraction, le resserrement ou la constriction des petits vaisseaux sanguins ou des artérioles des reins et la diminution, ou l'arrêt de la sécrétion urinaire. Aussi, d'après les expériences faites sur les animaux sur des lapins) par M. le Pr Rhiga Nicolaïdès, le centre du système vaso-moteur des nerfs vaso-constricteurs des reins correspond à une portion de la substance grise de la moelle épinière comprise entre la dernière vertèbre dorsale et la troisième ou quatrième vertèbre lombaire; mais ce centre est sous la dépendance du centre vaso-moteur qui se trouve dans la moelle allongée. En effet l'excitation de ce centre provoque une anémie profonde et une pâleur des reins très visible. — Alors nous pouvons expliquer le fait de l'anurie hystérique comme ceci: « L'excitation ou l'impression perçue par l'encé-

phale se transmet à la moelle allongée où se trouve le centre des vaso-moteurs des reins et de là par la moelle épinière au centre vaso-moteur des nerfs vaso-constricteurs des reins, qui se trouve à la susdite partie de la moelle épinière, et celui-ci transmet l'excitation par le grand sympathique, par les plexus rénaux aux tuniques musculaires des petits vaisseaux sanguins ou des artérioles des reins se trouvant en avant des capillaires, par l'intermédiaire des nerfs vaso-constricteurs et provoque la contraction de ces vaisseaux sanguins des reins, par conséquent la diminution ou l'arrêt de la sécrétion urinaire.

La production de l'urée se fait continuellement dans l'économie et reste dans le sang, parce que, comme nous le savons bien, l'élimination de l'urée se fait toujours avec l'exsudation de l'eau du sang qui s'échappe par des glomérules dans les capsules de Bowmann; alors, une fois que l'exsudation de l'eau du sang est entravée par la constriction des artérioles, l'élimination de l'urée ne peut pas se faire: selon quelques expérimentateurs, l'empêchement de l'élimination de l'urée par les reins s'explique, parce que les cellules épithéliales de tubuli contorti qui séparent l'urée et qui sont douées de propriétés spéciales, subissent des modifications qui entravent l'élimination de l'urée par l'intermédiaire des nerfs spéciaux appelés *sécrétoires* ou des filets nerveux spéciaux qui vont directement aux éléments ou aux cellules épithéliales de tubuli contorti; par conséquent une partie au moins de l'urée restant dans le tissu des reins et trouvant la voie d'élimination fermée, retourne par résorption dans le sang; mais la chose n'a pas été bien encore démontrée. De cette manière l'urée ne pouvant être excrétée par les reins, s'accumule dans le sang prête à s'éliminer par d'autres voies. Selon les expériences faites par Ustimowitsch, si on injecte dans le sang de l'urate de soude ou de l'urée pure, la tension du sang augmente et surtout dans les capillaires; par conséquent la présence d'une grande quantité d'urée dans le sang provoque une augmentation considérable des sécrétions glandulaires, des sécrétions intestinales et surtout une augmentation de la sécrétion du suc gastrique, lesquels changent de type, c'est-à-dire au lieu de s'éliminer par intermittence seulement pendant le travail de la digestion, se produisent continuellement, comme l'élimination des urines par les reins pendant le jeûne quand l'estomac est vide, ainsi que Claude Bernard l'a démontré en l'année 1859. L'urée alors, s'élimine ailleurs avec les sécrétions d'autres glandes, comme par exemple par les mamelles, par les glandes de salivation, etc.; par d'autres surfaces glandulaires comme par la muqueuse de l'estomac, des intestins, des yeux, de la bouche, du nez, du vagin, etc.; par les séreuses, comme par la plèvre, le péritoine, etc., par d'autres cavités, comme par l'ombilic, les oreilles, etc.; enfin, par la peau avec la sueur.

Dosage de l'Humidité dans les Substances organiques. — Les Annales de chimie analytique résument une importante note de M. C. Parsons parue dans le *Journal of American Chemical Society*, sur le dosage de l'humidité dans les substances organiques, telles que le savon, la pâte de bois, etc. La teneur en peut être déterminée en divisant la substance en petits morceaux et en l'introduisant directement dans un poids connu de paraffine, qui a été chauffée pendant quelque temps à 250 degrés avant l'usage. Le mélange est alors introduit dans une étuve à [illegible] degrés pendant quelques minutes, puis est pesé. La perte de poids donne l'humidité. L'opération exige souvent plus de vingt minutes; malgré cela, on n'observe aucune décomposition de la substance qui se trouve sous la paraffine.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Profession médicale.

Dans la *Revue des Revues* du 15 janvier dernier, on vient de publier un exposé, hélas trop exact, de la situation sociale actuelle des « Intellectuels » sans fortune. Ce qu'il y est dit des *médecins* en particulier, jugé d'une façon trop sévère par quelques-uns, est cependant au-dessous de la vérité. Et ceux qui prétendent que la profession médicale n'est pas en aussi mauvaise posture qu'on s'efforce de le faire pressentir montrent seulement qu'ils ne sont guère renseignés sur les choses dont ils veulent disserter.

A Paris, où l'on compte plus de 2.500 médecins ne demandant qu'à exercer, c'est à peine si 800 d'entre eux gagnent de 8.000 à 15.000 francs! Or, j'affirme qu'un médecin, à Paris, ne peut pas vivre, même *seul*, à moins de 12.000 fr. par an! Ou bien il ne pas sera pris au sérieux. J'ai encore dans l'oreille la conversation d'un ancien client, surprise à travers la cloison, il y a quelques années. Ne criait-il pas tout haut, dans mon salon: « Qu'est-ce que ce médecin de pacotille? Certainement, il n'a pas de clients! Sans cela, il serait mieux installé! » Tous les bourgeois — même d'esprit supérieur —, demandent à être « épatés », et même trompés sur la valeur de la marchandise qu'on leur offre. C'est une loi fatale, basée sur la bêtise humaine...

Toujours d'après le même article, il y aurait à Paris 1.200 médecins qui gagnent moins de 8.000 francs par an; mais, à mon sens, ce chiffre est très inférieur à la réalité. Je n'exagère certainement pas en affirmant qu'il y en a bien près de 1.000 qui atteignent à peine 6.000 à 7.000 francs. Pour ceux-là, évidemment, c'est la misère. — Que font-ils? Ils sont tantôt *journalistes*, *hommes de lettres*, etc., comme c'est le cas pour plus d'un de nos amis qui ne s'en vantent pas, et pour votre serviteur en particulier, qui a eu le tort de croire que cette profession nourrissait son homme; tantôt *pourvoyeurs*, *rabatteurs*, *voyageurs de commerce* (comme on voudra) de spécialités lancées; tantôt *commerçants* purement et simplement! Dans ces métiers à côté, et surtout dans celui de journaliste, on gagne à peu près ce qu'il faut pour payer son habit noir et... crever de faim. A Paris, en effet, le médecin né pauvre n'a pas la ressource, — la meilleure des ressources —, de son confrère de province: il ne peut pas, en général, faire un *mariage riche*!

En province, certainement, à l'heure actuelle, un médecin, sans aucune fortune personnelle, marié ou non à une personne également sans capitaux, ne peut pas vivre en simple médecin indépendant, sans faire en même temps le *commerce* de la pharmacie

Dans la *Revue des Revues*, on ajoute que les moins favorisés se jettent dans la *Politique* et finissent quelquefois par échouer à la Chambre. Cette affirmation est une erreur et une grosse erreur. En province ne peuvent faire de politique que les médecins *riches*, ou ayant déjà une certaine situation professionnelle. Ne sait-on pas ce que coûte une élection, même dans les pays où les luttes sont peu vives? Et puis ne va pas à la politique qui veut! Il faut le feu sacré, comme au poète

l'inspiration, pour se risquer en ces parages toujours très dangereux. Non, la véritable ressource du médecin de campagne, ce n'est pas le Conseil général, le Palais-Bourbon ou le Sénat : c'est la *femme dotée !* Cela est triste à dire, en France, en plein dix-neuvième siècle ; mais cela est et il faut le répéter encore ! La preuve, c'est que les médecins, nés vraiment pauvres, mariés pauvrement ou même célibataires, sont aujourd'hui vraiment dans la plus noire misère ! Marcel BAUDOUIN.

Conférence de Neurologie à la Salpêtrière. — M. le Dr Déjerine.

Compression de la moelle cervicale. — Syndrome de Brown-Séquard avec dissociation de la sensibilité.

Jeudi 26 janvier, à 5 heures du soir, M. le Dr DÉJERINE a inauguré la reprise de ses leçons cliniques à la Salpêtrière, dans la salle des consultations externes, devant un public très nombreux d'étudiants et de médecins.

La malade que M. Déjerine a présentée offrait le plus grand intérêt clinique. C'est une femme de 50 ans environ, cachectisée, atteinte de troubles de la motilité du côté gauche et d'atrophie musculaire de tout le membre supérieur gauche et particulièrement de la main. les nerfs de ce membre sont en outre douloureux surtout lorsqu'on exerce une pression sur leur trajet. Du côté droit, aucun trouble de la motilité, mais troubles profonds de la sensibilité. Ces troubles de la sensibilité consistent en une anesthésie pour la douleur et la chaleur, et la conservation de la sensibilité au tact. Cette malade présente donc le syndrome de Brown-Séquard (paraplégie d'un côté, anesthésie de l'autre) auquel s'adjoint de la dissociation de la sensibilité, de l'atrophie musculaire du côté paralysé, des douleurs névritiques, de l'exagération des réflexes patellaires et un certain degré des troubles du réflexe pupillaire (signe d'Argyll Robertson). Quel diagnostic doit-on porter ?

M. Déjerine commence par éliminer la névrite périphérique et la névrite radiculaire qui ne donneraient pas une explication suffisante de tous les symptômes, il en est de même d'une lésion de l'encéphale. Ce ne sont ni les nerfs ni l'encéphale qui sont le siège de la lésion, c'est la moelle ; mais quelle est cette lésion, où siège-t-elle ? Ce n'est pas la poliomyélite chronique, car elle ne détermine pas de troubles de la sensibilité, ce ne saurait être non plus de la sclérose latérale amyotrophique. Une syringomyélie unilatérale donnerait lieu à des troubles moteurs et sensitifs du même côté, et de plus, la syringomyélie est lente et n'amène pas en dix-huit mois une cachexie pareille. Une seule lésion peut expliquer tous les symptomes de la malade, c'est une compression latérale de la moelle épinière dans la région cervicale. compression qui atteint la substance grise.

Chemin faisant, M. Déjerine expose les hypothèses physiologiques faites pour expliquer le syndrome de Brown-Séquard ; aucune ne satisfait pleinement ; celle de Brown-Séquard supposant le croisement total des fibres sensitives dans la moelle ne s'accorde guère avec les données histologiques actuelles. M. Brissaud a récemment exposé dans le *Progrès médical* une hypothèse ingénieuse.

La conduction sensitive se ferait par l'intermédiaire de deux neurones, un dont la cellule serait dans le ganglion, se mettrait en contact par son prolongement cylindraxile avec un autre neurone dont la cellule, à la base de la corne postérieure, enverrait son prolongement cylindraxile dans le faisceau de Gowers, du côté opposé, en traversant la commissure médullaire. Cette hypothèse séduisante ne s'accorde pas malheureusement avec l'anatomie pathologique qui démontre que le faisceau de Gowers ne conduit pas la sensibilité. D'ailleurs, pour produire le syndrome de Brown-Séquard, il est indispensable de sectionner la substance grise d'un côté de la moelle.

M. Déjerine admet donc une compression de la moelle cervicale, quelle est la nature de cette compression ? On pourrait songer à une pachy-méningite gommeuse, la malade paraissant avoir jadis contracté la syphilis, mais il existe, au niveau de la région cervicale, une légère tendance à la gibbosité, et ce point est douloureux à la pression ; il est plus vraisemblable d'admettre que l'on a affaire à un mal de Pott unilatéral et c'est à ce diagnostic que s'arrête M. Déjerine.

Le pronostic est très grave. Le *traitement*, à cause de la cachexie assez profonde, doit se borner à des pointes de feu au niveau de la région malade, à de faibles doses d'iodure et, si l'état général s'améliorait, peut être pourrait-on songer à une intervention chirurgicale.

M. Déjerine termine sa leçon aux applaudissements de ses nombreux auditeurs en leur donnant rendez-vous pour le jeudi suivant à 5 heures, jour où il continuera ses leçons, et pour le mercredi matin où il examinera les malades variés de la consultation externe.

J. NOIR.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 janvier. — PRÉSIDENCE DE M. BOURQUELOT.

M. GARNIER, au nom de M. GILBERT et au sien, rapporte le résultat de ses recherches sur l'*anémie séreuse* qui suit la ponction de l'ascite dans la cirrhose. Elle est caractérisée par une augmentation assez sensible des globules rouges, après les premières ponctions, puis elle perd ces caractères et se rapproche des anémies cachectiques.

MM. DASTRE et FLORESCO ont trouvé dans la *bile des mammifères* une substance qui donne au spectroscope les bandes d'absorption particulières à la chlorophylle. C'est une variété de biliverdine dont la constitution chimique se rapproche de celle de la chlorophylle végétale.

MM. GLEY et CAMUS ont constaté qu'*après l'inoculation de sérum d'anguille* la diffusion de l'hémoglobine globulaire était prononcée chez le lapin ; il se produit alors des hémorragies viscérales diverses. Par contre le sang du hérisson qui a reçu du sérum de vipère ne présente aucun changement dans l'isotonie de ses globules.

MM. ACHARD et WEIL ont étudié un symptôme particulier, l'*insuffisance de la glycolyse dans les tissus*. Les tissus sains supportent bien le glycose et l'emmagasinent assez longtemps. mais chez les diabétiques il n'en est plus de même. Or, les auteurs ont constaté que certains arthritiques obèses, non diabétiques, sont presque aussi incapables de tolérer le glycose que les diabétiques. Ces gens

seraient donc des cas de diabète larvé, ou en puissance; et l'épreuve de la glycosurie par injection sous-cutanée, révèle le véritable état de leurs tissus, comme elle révèle celui du diabétique latent, dont l'urine ne présente pas de sucre au moment de l'examen.

MM. Gilbert, Garnier et Poupinel présentent les photographies d'*un cas d'acromégalie* étudié par les rayons Rœntgen. On voit sur la planche du thorax une ombre qui paraît correspondre au thymus hypertrophié.

M. Apert a observé dans une *variété d'angine à petits grains*, dite angine sableuse par M. Dieulafoy, la présence du tétragène, soit pur, soit associé à d'autres microbes.

MM. Sabrazès et Joly adressent une note sur un *nouveau Streptothrix* qui se rencontre assez souvent dans le vaccin de génisse à Bordeaux. Les auteurs pensent qu'il s'agit d'un simple saprophyte.

MM. Triboulet et Coyon ont étudié quinze cas de *rhumatisme articulaire* aigu et ont rencontré trois fois le bacille d'Achalme, neuf fois un diplocoque, trois fois un fin bacille. L'examen a porté sur le sang et le liquide pleural. Le diplocoque produit des endocardites et des inflammations des séreuses, mais jamais de suppuration.

MM. Demons et Begouin. — *Sur la mort par entrée de l'air dans les veines.* — Les auteurs ont constaté que le ventricule droit chez les chiens en expérience se remplit d'air et qu'on peut obtenir la survie de l'animal en vidant cet air par une ponction.

M. Weiss communique une *étude gastrique sur la contraction musculaire* sans raccourcissement du muscle.

M. Yvon montre des *photographies d'effluves fluidiques* ,obtenues en laissant sur la plaque sensible la main d'un cadavre. Les figures sont identiques à celles qui ont été obtenues et interprétées différemment par Luys et d'autres auteurs. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 janvier 1898.

L'intervention chirurgicale dans les hématémèses foudroyantes consécutives à l'ulcération simple de l'estomac.

M. Duplay, à propos de la communication de M. Dieulafoy, signale deux notions utiles dans le traitement de ces hématémèses. M. Cazin, dans un cas où la lésion était difficile à trouver, a fort bien réussi à la voir en retournant l'estomac en doigt de gant. Le deuxième point est l'utilité des injections intraveineuses de sérum pour soutenir le blessé au cours de l'opération.

Traitement opératoire des flexions utérines par la cunéohystérectomie vaginale.

M. Follet (de Lille), montre l'utilité de ce procédé qui permet de redresser complètement l'axe utérin dans les flexions.

La saignée, les vomitifs, le vésicatoire.

Dans cette importante communication, M. Albert Robin donne, en étudiant les échanges généraux et les échanges respiratoires, la démonstration scientifique et rigoureuse de l'utilité de ces trois moyens thérapeutiques puissants trop abandonnés aujourd'hui. Il montre aussi par ses analyses précises combien est peu fondée la théorie de l'intoxication par la potasse dans l'urémie.

M. Le Roy de Méricourt s'appuyant sur la pathologie coloniale; M. Trasbot s'appuyant sur la pathologie comparée, approuvent les conclusions de M. Robin.

Après quelques prudentes réserves de MM. Huchard et Laborde sur les abus possibles du vésicatoire, l'Académie, sur la proposition de M. Ferrand, décide d'ouvrir une discussion approfondie sur cette intéressante communication. Nous aurons donc l'occasion d'y revenir.

Séance du 1er février 1898.

La saignée, les vomitifs et le vésicatoire (suite).

M. Hervieux signale l'extrême utilité des ventouses scarifiées très supérieure à celle des ventouses sèches dans la péritonite puerpérale. Les vésicatoires ont réussi également dans la péritonite et dans la pleurésie puerpérale. Le seul accident que M. Hervieux ait jamais vu après leur emploi est une légère cystite cantharidienne.

Sur la réparation des plaies de l'uretère et de la vessie.

M. Cornil, en son nom et au nom de M. Carnot, communique des expériences nouvelles établissant que les plaies de la vessie et de l'uretère se cicatrisent très rapidement à l'aide d'adhérences formées sur leurs bords par le grand épiploon, qui constitue une portion de la paroi nouvelle.

Greffes d'os vivants.

M. Ricard communique deux observations très intéressantes de greffes osseuses. Dans la première, une greffe d'os coxal de chien fut faite après ablation d'un ostéosarcome de l'os frontal. Dans la seconde, le quatrième métatarsien de la malade réséqué fut greffé dans une opération autoplastique pour nez en lorgnette. Ces deux greffes réussirent très bien et ces faits semblent par conséquent démontrer : 1° Que les greffes osseuses vivantes, transportées dans l'organisme humain, sont tolérées et ne donnent lieu à aucune élimination, si l'opérateur a eu soin de se conformer aux règles de l'asepsie la plus rigoureuse: 2° que ces greffes, tolérées, peuvent ou persister, ou se résorber, en laissant à leur place, ce qui a été démontré par d'autres expérimentateurs, un tractus fibreux dont on est en droit d'escompter la solidité; 3° que, contrairement à ce que croyaient certains auteurs, les greffes autoplastiques ne présentent pas plus de chance de persister que les greffes hétéroplastiques, puisque, chez mes malades, la greffe hétéroplastique a persisté, alors que la greffe autoplastique s'est résorbée ; 4° enfin, en se plaçant à un point de vue plus spécial, la restauration nasale, par greffe autoplastique, constitue un procédé thérapeutique qui paraît donner d'excellents résultats, ce qui est digne d'intérêt, étant donnés les résultats très défectueux obtenus jusqu'ici par les différents procédés de restauration.

Alcoolisme et cirrhose hépatique dans l'Yonne.

Voici les conclusions d'une enquête très étendue faite par le Dr Roché (de Toucy) : 1° La cirrhose est rare dans l'Yonne; 2° elle est plus fréquente dans les villes que dans les campagnes; 3° elle est due surtout à l'abus de l'alcool; 4° elle est exceptionnellement d'origine vineuse; 5° dans les cirrhoses vineuses, il s'agissait de vins non plâtrés; 6° l'alcoolisme aigu, l'alcoolisme chronique sont rares chez les grands buveurs de vin ou de cidre ; 7° l'alcoolisme chronique est rare même chez les buveurs en grande quantité d'eau-de-vie du pays; 8° l'alcoolisme est fréquent chez les buveurs de mauvaise eau-de-vie ou de liqueurs du commerce ; 9° les manifestations de l'alcoolisme chronique. l'artério-sclérose surtout, précèdent souvent la cirrhose ou coïncident avec elle.

Traitement de l'épilepsie par la résection des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique.

Sous ce titre, M. A. Chipault fait une communication dont voici la conclusion : La résection bilatérale du ganglion cervical supérieur du sympathique, intervention sans dangers ni inconvénients, paraît présenter, dans l'épilepsie essentielle, des avantages thérapeutiques tels qu'elle mérite d'y être largement pratiquée; elle mérite, je tiens à l'ajouter dès maintenant, de l'être aussi dans certaines idioties et semi-idioties ainsi que dans certaines maladies mentales : elle ouvre donc à la thérapeutique encéphalique, tout un champ nouveau, dont je me propose d'explorer, dans des travaux ultérieurs, les nombreuses et intéressantes parties.

Traitement des scolioses.

M. A. CHIPAULT montre les avantages du traitement des scolioses par l'immobilisation en bonne position.

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 janvier 1898. — PRÉSIDENCE DE M. SEVESTRE.

Phlébite à la suite d'une angine à streptocoques bénigne.

M. TROISIER signale un cas de phlébite de la jambe très nette, de moyenne intensité et de courte durée survenue à la suite d'une angine à streptocoques très bénigne. M. Troisier a relevé deux cas analogues, un signalé par M. Vaquez, observé à la clinique de M. Potain. L'autre cas, relevé par M. Duflocq dans un journal américain, fut plus grave. La phlébite détermina la mort et survint à la suite d'une amygdalite folliculaire. M. Troisier fait remarquer que les cultures tentées avec le sang de son malade restèrent stériles, ceci ne suffit pas à lui faire abandonner l'origine angineuse de la phlébite.

M. WIDAL approuve l'opinion de M. Troisier: le résultat négatif du sang est trop fréquent dans des cas de streptococcie généralisée très nette pour modifier l'hypothèse de l'infection d'origine angineuse.

Bactériologie du rhumatisme articulaire aigu.

M. TRIBOULET a trouvé avec M. COYON dans le sang de malades atteints de rhumatisme articulaire aigu trois formes microbiennes · un diplocoque, le bacille d'Achalme et un fin bacille isolés ou associés. Le diplocoque seul s'est rencontré dans tous les cas. Les inoculations sur les animaux ont donné la mort rapide par infection avec le bacille d'Achalme et le fin bacille. Dans un cas d'inoculation du diplocoque, l'animal mourut le vingtième jour après l'inoculation. A l'autopsie, on trouva une endocardite végétante ayant déterminé un rétrécissement mitral.

Modifications des cellules de la moelle dans le tétanos et à la suite des injections de toxine et d'antitoxine tétaniques.

M. CHANTEMESSE, en son nom et en celui de M. MARINESCO, fait une communication sur les lésions histologiques de la moelle épinière dans le tétanos sur des cobayes inoculés. Sur des animaux inoculés avec l'antitoxine et la toxine en même temps et qui ne succombèrent pas, on ne trouva pas les cellules de la moelle absolument saines, les noyaux étaient tuméfiés, et il y avait une légère ampliation de la cellule. Ceci paraît venir en aide aux théories qui attribuent l'immunité à des modifications cellulaires.

M. BAYEUX lit une note sur le *relevage de l'épiglotte dans le tubage.*

J. NOIR.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance solennelle du 26 janvier 1898. — PRÉSIDENCE DE M. E. DELENS.

M. DELENS, président sortant, prend la parole pour rappeler les faits importants qui ont intéressé la Société pendant l'année 1897.

M. NÉLATON, secrétaire des séances, lit un rapport sur les divers *travaux de la Société en 1897.*

M. RECLUS, secrétaire général, lit l'*éloge de Larrey.*

Distribution des prix.

La séance s'est terminée par l'appel des lauréats des prix distribués par la Société de Chirurgie. — *Prix Demarquay* : M. VILLIÈRE. *Prix Laborie* : M. MOUCHET. *Prix Ducal* : M. MARION.

M. B.

LE PARISIEN DE PARIS. — Sous ce titre, M. Léon Maillard, publie un journal hebdomadaire illustré, consacré plus particulièrement à la défense de tous les intérêts de Paris. Nous le signalons à l'attention de nos lecteurs.

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Rédacteur spécial : M. le Dr MIRALLIÉ.

I. — Le langage écrit. — Ses origines. — Son développement. — Son mécanisme intellectuel; par KÉRAVAL. — Soc. d'Ed. Scientifiques, 1897.

I. — La question du langage écrit, de son mécanisme, est un des points les plus discutés et les plus controversés de cette question si vaste de l'aphasie. Pour résoudre ce problème, on a utilisé successivement divers procédés. La philosophie, l'auto-psychologie a eu longtemps la prétention de donner les lois du langage. Aujourd'hui, c'est surtout à la clinique et à l'anatomie pathologique que l'on s'adresse ; de l'examen des malades, du parallèle et de la coïncidence des lésions et des symptômes, on a déduit certaines formes cliniques, et par suite les lois générales du mécanisme du langage. A une toute autre méthode s'est adressé M. Kéraval. Les diverses langues mises en usage chez les hommes ont singulièrement varié depuis leur origine. Étudier ces changements, suivre l'évolution de ces modifications, chercher à établir la similitude de développement et de perfectionnement des diverses langues, tirer enfin de cette étude générale les règles auxquelles ont obéi les diverses langues des différents peuples, est l'œuvre que s'est imposée le Dr Kéraval. Cette tâche immense nécessitait la connaissance parfaite et raisonnée de la plupart des langues anciennes et modernes. L'auteur, en effet, base son étude sur la langue hébraïque, l'arabe, le russe, le sanscrit, le japonais, l'égyptiaque et surtout le chinois. Chacune de ses langues sera utilisée par l'auteur suivant les besoins de la démonstration.

Pour l'écriture, toutes les langues emploient certains dispositifs de traits, ou caractères. Ces caractères sont ou alphabétiques, ou syllabiques, ou idéographiques. ou mélangés. Mais tous, et c'est là un point sur lequel insiste longuement l'auteur et dont il donne des preuves multiples, tous ces caractères se réduisent en dernière analyse à un phonème, à la transcription d'un son. Chaque caractère indique et comporte sa prononciation. Même dans le chinois, où pour le vulgaire l'écriture semble un rébus à déchiffrer, chaque signe comporte un phonème. L'écriture n'est que la transcription conventionnelle d'un son. L'écriture à son origine était surtout idéographique ; mais à l'idée éveillée par le signe s'attachait aussi le son, la prononciation ; finalement, le son seul est resté attaché au caractère, qui est bien devenu effectivement la représentation du son. L'écriture n'est en somme que la transcription du langage parlé, un langage écrit. « Le caractère écrit, quels que soient les systèmes, les procédés et les méthodes, est un signe conventionnel, un dessin qui représente un phonème ; ce phonème est tantôt une fraction de mot minime, la lettre, tantôt une parcelle moins petite, la syllabe, ou à lui seul un mot monosyllabique. » L'écriture est donc avant tout la représentation graphique des sons du langage parlé. Aussi « il nous arrive souvent à nous Européens de voir des mots écrits sans en trouver autre chose que le phonétique et non le sens. » « La parole domine l'écriture ; celle-ci devient la servante de celle-là. » « Les derniers perfectionnements de l'écriture qui constituent le progrès ultime du langage écrit sont la résultante du dernier perfectionnement de la parole. L'organisation intime, psycho-physiologique, des cerveaux de tous les peuples, à travers les âges, est la même, et en vertu d'une sorte de stimulation ascendante inéluctable, le travail psycho-physiologique de l'idéation et l'organisation des centres qu'il produit sont partout invariablement les mêmes. L'Egyptien ancien, comme le Chinois moderne, sont à l'égard de l'Européen construits sur un même moule ; ils pensent à peu près de la même façon, et, pour exprimer verbalement, puis par écrit, leurs conceptions, ils ont une vision mentale identique, résultant d'une élaboration fibro-cellulaire homologue, de la création de centres physiologiques adéquats. *A priori* donc, la loi des localisations chez l'homme ne doit point souffrir d'exception. » Cette loi est capitale dans l'espèce. Elle démontre et proclame l'identité des fonctions psychologiques, et en particulier du mécanisme du langage. Déjà, après Wernicke, Lichtheim et d'autres auteurs, avec notre maître M. Déjerine, nous avions soutenu cette conception en nous basant sur l'anatomo-clinique, mais nous n'avions en vue que

les Européens de notre époque. M. Kéraval démontre que cette loi est vraie pour tous les peuples et pour toutes les époques, qu'il s'agit là d'une loi générale qui ne peut pas souffrir d'exception.

Ceci prouvé, M. Kéraval en tire les conséquences. Il accepte cette opinion de Wernicke, Kussmaul, Lichtheim, Déjerine, que « la lecture mentale sollicite toujours le centre auditif correspondant ». Cette démonstration « ruine le mécanisme admis par M. Ballet qui croit à l'influence idéographique, au moins quelquefois, directe du graphique qui agirait immédiatement, sans passer par le centre auditif des mots, sur le centre intellectuel. »

M. Kéraval considère comme une contradiction apparente que « parmi les gens atteints de surdité verbale, les uns peuvent lire, les autres ne le peuvent plus, alors que la lecture devrait devenir impossible pour tous ». Cette contradiction n'est qu'apparente. Les malades qui peuvent encore lire ont leurs images auditives intactes; la lésion n'a porté que sur les fibres qui unissent le centre de l'audition générale au centre auditif spécialisé du langage; chez ces malades toutes les images du langage sont intactes et peuvent être évoquées spontanément : de là la conversation de l'écriture. Chez ceux qui n'écrivent pas, la lésion a porté directement sur les images auditives, qui sont détruites. La conservation ou la perte de l'écriture suivant les cas, n'infirme donc en rien la loi générale, mais la confirme. Tout dépend du siège de la lésion.

En résumé, M. Kéraval se déclare partisan de l'union intime des centres du langage et de leur action réciproque. Il semble admettre des images graphico-motrices. Mais il n'ose se prononcer sur la nature même de ces images, et par suite de ce centre. « Est-il en soi un centre d'images partielles élaborées et coordonnées comme l'est celui des images verbales visuelles, images partielles motrices en rapport avec les traits de chacun des caractères alphabétiques, syllabiques ou idéographiques se conglomérant ensuite en caractères alphabétiques, en caractères syllabiques ou en organes composants du caractère ou réseau idéographique? Est-il un centre du sens musculaire adapté au tracé graphique? Tout autant d'inconnues réservées à l'activité du chercheur. » Ces inconnues, à notre avis, ne pourront être résolues que par la clinique appuyée sur l'anatomie pathologique.

Nous avons essayé de donner un aperçu aussi fidèle que possible de cet important mémoire. Ce que nous voudrions montrer, c'est la somme considérable de travail qu'il représente, la connaissance parfaite et raisonnée des diverses langues humaines et de leur mécanisme, l'analyse scrupuleuse et fine, la dissection habile et précise que l'auteur en a faites. Il représente un complément linguistique important de la clinique, et vient apporter son contingent de preuves à cette question encore si controversée de l'aphasie.

REVUE DE MÉDECI E

Rédacteur spécial : M. le Dr P. RELLAY.

I. — A propos de la tachycardie paroxystique; par M W.-P. Herringham. — *The Edinburgh Medical Journal*, avril 1897.

I. — La question de la tachycardie paroxystique est traitée dans ses détails les plus intéressants dans cet article, et l'étude qu'en fait Herringham est d'autant plus précieuse qu'elle est basée sur le plus grand nombre des cas publiés jusqu'à ce jour, comme le prouve la bibliographie très complète et très variée à laquelle il a puisé. Après avoir rappelé les principaux auteurs (Prœbsting, Tuchzek, Bristowe, Bouveret) qui ont étudié cette singulière affection, décrite pour la première fois par Payne Cotton en 1867, l'auteur résume les principaux traits du tableau clinique, si bien dressé par Bouveret. L'affection procède par paroxysmes, qui éclatent soudainement, en pleine santé, à l'occasion des causes les plus vulgaires. L'accès consiste en une accélération extrême des battements cardiaques [illegible] par minute avec sensation de gêne précordiale.

Les battements du cœur augmentent d'intensité, fait qui contraste avec l'extrême faiblesse du pouls radial. La pression sanguine est notablement abaissée; la sécrétion urinaire diminue également.

L'accès peut être court, durer quelques minutes et cesser aussi brusquement qu'il débute; mais parfois les accès durent cinq jours, quelquefois davantage. Et alors le cœur se fatigue, se dilate et on peut observer des phénomènes de stase sanguine, œdème pulmonaire, cyanose, qui peuvent aboutir à une asystolie mortelle. La tachycardie paroxystique essentielle, telle que l'entend Bouveret, est indépendante de toute lésion cardiaque et constitue un groupe à part, distinct des tachycardies symptomatiques.

Mais Herringham fait remarquer que dans certains cas de lésions valvulaires, on a signalé des paroxysmes ayant exactement les mêmes caractères, et que, d'autre part, certaines autopsies ont révélé des lésions du myocarde ou du péricarde dans des cas de tachycardie dite essentielle. Aussi est-il d'avis de rayer ce dernier terme et de considérer la tachycardie paroxystique comme un symptôme plutôt que comme une affection. Les conditions étiologiques concernant l'âge, le sexe, ne présentent rien de bien spécial.

Il en est de même de l'anatomie pathologique qui n'a pas révélé de lésions caractéristiques.

La pathogénie de l'affection est loin d'être élucidée. On s'accorde à lui attribuer une origine nerveuse. Mais on ne connaît rien de la nature et du siège de la lésion. La théorie la plus en vogue est celle qui a été admise par Tuchzek et qui attribue la tachycardie à une paralysie du pneumogastrique. En face de cette théorie, s'en dresse une autre qui invoque une excitation du sympatique capable de produire les mêmes effets.

Quant à vouloir, comme le prétend Nothnagel, poser les règles d'un diagnostic différentiel entre la tachycardie provenant de l'une ou l'autre de ces deux causes, « c'est, dit spirituellement l'auteur, dépasser les bornes de l'ironie permise ». Debove attribue l'affection à une névrose bulbo-spinale; Talamon en fait une manifestation de l'épilepsie. Mais jamais lésion bulbaire n'a produit pareil accident, et si dans certains cas de compression du nerf vague par une tumeur on a pu constater une accélération du pouls, cette tachycardie n'avait rien de paroxystique. L'auteur est amené à penser que c'est bien le pneumogastrique qui est en cause, comme on l'admet généralement, mais il pense que le nerf est intéressé non pas à ses origines dans le bulbe, mais à ses terminaisons dans le myocarde.

L'affection aurait donc son origine dans les nerfs du cœur. L'apparition fréquente des crises après un effort, d'autre part ce fait, que certains malades arrivent à arrêter la crise par la compression du thorax, plaident en faveur d'une origine cardiaque, qu'admet Herringham. Dans le traitement de cette affection, c'est la digitale qui a le plus de partisans. Mais l'auteur fait remarquer qu'on doit se montrer très sceptique vis-à-vis des médicaments dirigés contre la crise elle-même, attendu que celle-ci tend naturellement à guérir. Il recourt plus volontiers aux moyens mécaniques, compression du pneumogastrique au cou, compression du thorax. On peut arriver à diminuer la fréquence des crises en veillant aux fonctions digestives, en évitant les excès de travail ainsi que l'abus des excitants, café, thé, tabac, alcool.

Le pronostic doit toujours être réservé, même quand il s'agit d'un malade vigoureux, car l'affection tend à s'aggraver avec l'âge.

II. — Œdème dans la maladie de Graves; par Hector Mackenzie. — *The Edinburgh Med. Journal*, avril 1897.

II. — On peut observer dans la maladie de Graves des œdèmes très variables comme siège, étendue, consistance, durée. L'œdème qui se montre à la période cachectique résulte de l'asthénie cardiaque. Warburton Begbie, qui a recherché l'albuminurie dans les cas d'œdème liés à la maladie de Basedow a montré qu'elle fait le plus souvent défaut. On peut rencontrer des œdèmes localisés, dont la nature est difficile à saisir. Les plus intéressants sont ceux qui ont pour siège les paupières. Vigouroux a décrit un *faux œdème des paupières*, gonflement très persistant qu'il attribue à une parésie de l'orbiculaire.

L'auteur rapporte trois cas où cet œdème palpébral a persisté après la disparition des autres accidents. Après avoir rapporté une dizaine d'observations, l'auteur en dégage quelques conclusions qui résument la question. Un léger œdème limité aux

... n'est pas rare. Il résulte de la faiblesse cardiaque et s'améliore sous l'influence des toniques cardiaques. On peut observer à la période de début un œdème général, qui n'est pas forcément un signe défavorable. Un œdème généralisé peut survenir avant la mort. Un œdème local peut atteindre les paupières, séparément ou toutes deux à la fois. Cet œdème des paupières peut être un signe précoce ou apparaître plus tard. Cet œdème est parfois très persistant ; il peut persister après la disparition des autres accidents.

On observe parfois un gonflement dur, non séreux, rappelant celui du myxœdème. Mais le traitement thyroïdien n'a aucune prise sur lui.

THÉRAPEUTIQUE

La grippe actuelle.

La grippe actuelle revêt surtout la forme abdominale, souvent signalée par les anciens sous le nom de gastro-entérite catarrhale. Après quelques malaises et frissonnements, on voit soudain apparaître une anorexie profonde, accompagnée de nausées et de courbature épigastrique, anxiété nerveuse vive et état fébrile assez prononcé (39° C). L'enchiffrènement et la laryngo-trachéite avec céphalée intense, marquent le *sigillum* grippal. Mais les symptômes capitaux sont du côté de l'estomac et de l'intestin, dominant la scène morbide.

Il est certain que le poison grippal est capable de congestionner les muqueuses digestives comme celles de l'arbre aérien et de les mettre promptement dans un état spasmodique et catarrhal de sub inflammation fort remarquable. La langue, souvent lisse et rose sur les bords, se recouvre en son milieu d'une saburre jaunâtre et stratifiée ; l'haleine est forte et aigre, la bouche amère et pâteuse. Le dégoût des aliments, surtout, est profond. Si le malade se fait violence pour manger, les aliments, même liquides, lui produisent des sensations gustatives plâtreuses ou métalliques fort désagréables ; souvent aussi, apparaissent alors des vomiturations. La région épigastrique est hypéresthésiée au palper et les hypocondres se tympanisent ; bientôt, apparaissent les coliques, le gargouillement iliaque et la diarrhée glairo-bilieuse. On conçoit que cette entéropathie grippale, souvent accompagnée de stupeur et d'épistaxis, ait pu en imposer pour la fièvre typhoïde. C'est, pour nous, l'exagération même des perceptions douloureuses et du syndrome gastrique initial qui contribuent, plus que la thermalité et l'absence de taches rosées lenticulaires, à établir le diagnostic différentiel.

Le dérangement grippal des voies digestives doit être traité, de bonne heure, avec énergie, si nous voulons éviter sûrement les complications, les récidives et les rechutes. Le plus grand nombre de nos confrères et de nos maîtres recommandent, dès le début des phénomènes, l'administration, *largâ manu*, de l'eau minérale d'Hunyadi-Jànos (une pleine bouteille à jeun). On peut remarquer, du reste, que cette dérivation révulsive est toujours suivie d'amélioration notable dans les symptômes généraux ; c'est ainsi qu'on voit s'atténuer ou disparaître les vertiges, éblouissements, céphalée sus-orbitaire, tintements d'oreilles, l'exaltation nerveuse et inquiétudes, symptômes classiques des influenzés. La perversion étrange du goût diminue, et avec elle l'inappétence, sous l'influence de la dialyse leucocytique, opérée au sein du tube gastro-intestinal par le fait d'un soluté salin naturel qui présente pour notre milieu intérieur la plus forte des affinités lymphe minérale de Gubler).

En continuant, plusieurs matins de suite, Hunyadi-Jànos à la dose fractionnée d'un verre, on triomphe complètement de la gastro-entérite catarrhale, en même temps qu'on voit le malade débarrassé du poison grippal, toute fluxion disparaître et toute séquelle dégradante pour l'organisme, bien plus rapidement que par les nervins et les toniques. L'adynamie et la dépression musculaire se trouvent vaincus au moyen du traitement dépuratif et déplétif, qui rend le pronostic rapidement favorable par le successif amendement des symptômes les plus sérieux.

En faisant d'ailleurs quelques recherches historiques, ne voyons-nous pas qu'Huxham, en Angleterre, Petrequin, à Lyon, et bien d'autres, à Paris et ailleurs, préconisent, contre l'infection grippale, l'emploi des minoratifs salins et des eccoprotiques ? Ces agents abrègent, disent-ils, dans les cas les plus graves, la durée du mal et aussi celle de la convalescence. Or, est-il, je vous le demande, une purgation plus douce et d'un maniement plus aisé que l'eau de la célèbre source hongroise, d'un usage médical si universel ? D'ailleurs, l'emploi systématique d'Hunyadi-Jànos, dans la grippe, ne contre-indique, en aucune façon, les autres médications, symptômatiques ou étiologiques, actuellement en vigueur. Bien au contraire, en ouvrant largement les voies de l'absorption, elle favorise plutôt leur plein succès thérapeutique. Dr Monin.

BIBLIOGRAPHIE

Les opérations nouvelles sur les voies biliaires (*Chirurgie des radicules biliaires, du canal hépatique et du canal cystique; les opérations rares sur le cholédoque*); par Marcel Baudouin. — Paris, Institut de Bibliographie, 1897.

Au Congrès des médecins et naturalistes allemands de 1887, au cours d'une longue discussion qui eut lieu sur les premiers essais de la chirurgie biliaire, von Volkmann termina la série d'importantes communications faites sur ce sujet par ces simples mots : « Je propose que nous reprenions cette discussion dans une dizaine d'années ! » Nous sommes en 1897 et von Volkmann est mort depuis plusieurs années. Mais M. le Dr Marcel Baudouin, se souvenant de la réflexion de l'opérateur allemand, a tenu à rappeler, par les articles qu'il a publiés récemment ici même et qu'il réunit aujourd'hui en volume, l'attention des médecins sur les opérations pratiquées jusqu'ici sur les *voies biliaires proprement dites*.

Laissant de côté tout ce qui touche à la *vésicule*, il s'est borné à ébaucher l'histoire des interventions qui ont été exécutées sur les voies biliaires elles-mêmes et qui n'ont jusqu'ici été l'objet d'aucune étude d'ensemble. On trouvera donc dans cette brochure tout ce qui concerne le cholédoque (la cholédochotomie et la cholodochostomie exceptées), les canaux cystiques et hépatique et les ramuscules biliaires.

On peut dire que cette chirurgie des canaux biliaires ne s'est guère adressée, jusqu'à présent du moins, qu'à la lithiase biliaire et à ses principales complications, et cela, même malgré les médecins praticiens, qui répètent encore qu'on ne doit y recourir que lorsqu'on a constaté d'une manière formelle l'échec des médications habituelles ! M. Baudouin pense qu'en procédant ainsi, on ne parvient guère qu'à épuiser le patient et à le remettre trop souvent *in extremis* entre les mains de l'opérateur. Cela est indiscutable et il est facile de s'en convaincre à la lecture des observations publiées et des statistiques recueillies par Courvoisier et Riedel entre autres. Il est donc nécessaire de redire encore qu'on doit intervenir dès que le diagnostic de corps étranger des voies biliaires, de calcul, fixé dans tel ou tel endroit, est posé ou même très probable.

En raisonnant ainsi, l'intervention chirurgicale sur les voies biliaires ne sera plus dans notre pays une rare exception et l'on exécutera bien plus fréquemment au moins quelques-unes des multiples opérations qu'a minutieusement et si sûrement décrites M. le Dr M. Baudouin, grâce aux nombreuses richesses bibliographiques dont il dispose.

Il a pu grouper, organe par organe et conduit par conduit, toutes les opérations complexes qu'il a découvertes dans la littérature médicale ; ce qui n'avait jamais été tenté. Il a pu, en outre, par des rapprochements ingénieux, montrer que les interventions exécutées sur la vésicule ont leurs analogues sur les différentes parties de l'arbre biliaire ; ce qui a facilité beaucoup sa tâche et lui a permis un classement très méthodique de ces interventions, classification très facile à retenir. Mais il n'est arrivé à cette simplification qu'après une longue étude, poursuivie pendant plusieurs années, de la pathologie biliaire, tellement le dépouillement des observations a été ardu. Aujourd'hui, c'est chose terminée et il faut savoir gré à M. Baudouin d'avoir mis un peu d'ordre et de clarté dans ce chaos trop informe.

Il a apporté à ce travail de journaliste très informé la précision d'un bibliographe consommé et son esprit de méthode a fait le reste. Les enregistrant, sans nul doute, avec un réel intérêt, l'importante brochure qu'il vient de consacrer à la médecine opératoire des voies biliaires.

VARIA

Assistance publique de Paris.

Revision des articles 3 et 5 de l'arrêté du 3 juillet 1880, relatif au concours pour les places de médecin-adjoint du service des aliénés dans les quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Le Préfet de la Seine, vu la loi du 30 juin 1838, article 7, et l'ordonnance du 18 novembre 1839, article 11 § 3; — Ensemble les décrets de décentralisation administrative des 25 mars 1852 et 9 janvier 1861; — Vu la loi du 10 janvier 1849, article 1er et 5 § 10; — Vu l'arrêté préfectoral du 9 juillet 1880, portant organisation du concours pour la nomination aux places de médecin-adjoint du service des aliénés dans les quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière; — Vu le rapport par lequel le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique propose de reviser : 1° L'article 3 du susdit arrêté relatif aux conditions exigées des candidats pour pouvoir être inscrits à ce concours, de manière à rendre ces conditions égales pour les candidats anciens internes des asiles publics d'aliénés de la Seine; — 2° l'article 5, qui détermine la composition et le mode de formation du jury, de manière à limiter dans ce jury le nombres des membres pris parmi les médecins des asiles publics d'aliénés de la Seine; — Vu les délibérations du Conseil de surveillance de l'Assistance publique en date du 28 octobre 1897 et du 23 décembre 1897; le Secrétaire général de la préfecture entendu;

Arrête :

ARTICLE Ier. — Les articles 3 et 5 de l'arrêté préfectoral du 9 juillet 1890, portant organisation du concours pour la nomition aux places de médecin-adjoint du service des aliénés dans les quatiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière, sont revisés ainsi qu'il suit, savoir : Article 3 : Seront admis à concourir les candidats préalablement inscrits par l'Administration qui réuniront les conditions suivantes : 1° La qualité de Français; 2° Vingt-huit ans d'âge; 3° Cinq années de doctorat. Pour les candidats ayant été internes en médecine dans les hôpitaux et hospices de Paris ou dans les asiles publics d'aliénés de la Seine, les années d'internat seront comptées comme années de doctorat. Article 5 : Le jury du concours sera composé de sept membres savoir : trois membres tirés au sort parmi les médecins aliénistes chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires; un membre tiré au sort parmi les médecins chefs de service des asiles publics d'aliénés de la Seine, en exercice ou honoraires, et le médecin du bureau d'admission de Sainte-Anne; trois membres tirés au sort parmi les médecins chefs de service des hôpitaux en exercice ou honoraires. Les médecins chefs de service des asiles publics d'aliénés de la Seine en exercice et le médecin du bureau d'admission de Sainte-Anne, ne pourront être portés sur la liste des membres parmi lesquels devra être tiré le jury du concours qu'après cinq années d'exercice. Le tirage au sort aura lieu dans la forme usitée pour les concours des médecins des hôpitaux, en présence de deux membres du Conseil de surveillance de l'Administration de l'Assistance publique et de deux membres de la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine. »

Art. 2. — Le secrétaire général de la Préfecture et le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 18 janvier 1898. *Signé* : J. DE SELVES.

L'Assistance publique : Ce qu'elle devrait être.

L'enfant St... Olympe est placée à la *Salpêtrière* comme atteinte d'imbécillité et d'instabilité mentale. Sa sœur Marie étant atteinte d'imbécillité, les parents ont demandé son placement. Au lieu de l'envoyer à la Salpêtrière, on l'expédie à la *Fondation Vallée*. — Il était tout naturel d'envoyer Marie avec sa sœur Olympe. En le faisant, on évitait à la famille une double visite dans des établissements différents. On économisait le temps de ces pauvres gens, on leur évitait des dépenses lourdes pour eux; enfin on aurait fait de la véritable Assistance républicaine!

Faculté de Médecine de Paris.

Prix décernés pour l'Année 1897.

Prix Barbier (2.000 fr.). — Le prix n'est pas décerné; mais la Faculté attribue les récompenses suivantes : 1° 500 fr. à M. le Dr Marage (de Paris); 2° 500 fr. à M. le Dr Péraire (de Paris); 3° 500 fr. à M. le Dr Mendel (de Paris).

Prix Châteauvillard (2.000 fr.). — Le prix est décerné à M. le Dr Corlieu (de Paris), pour son ouvrage intitulé : *Centenaire de la Faculté de Médecine de Paris* (1791-1891).

Prix Corvisart (médaille de vermeil et 400 fr.). — Question : *Œdème du poumon.* Le prix est accordé à M. Raoul Fouineau (étudiant en médecine).

Prix Jeunesse (*hygiène*) (1.500 fr.). — Leprix sera partagé ainsi qu'il suit : 1° 600 fr à MM. les Drs Burot et Legrand (médecins de la marine), pour leur ouvrage en collaboration, intitulé : *Les troupes coloniales: statistique de la mortalité*; 2° 300 fr. à M. le Dr Commenge (de Paris), pour son livre sur *La prostitution clandestine à Paris*; 3° 300 fr. à M. le Dr Drujon pour son *Rapport sur les travaux du Conseil d'hygiène publique*; 4° 300 fr. à M. le Dr Bourges (de Paris), pour son ouvrage, intitulé : *l'Hygiène du syphilitique.*

Prix Jeunesse (*histologie*) (750 fr.). — Le prix est décerné à M. le Dr Segall pour son travail sur : *Les anneaux intercalaires des tubes nerveux par imprégnation d'argent.*

Prix Saintour (3.000 fr.). — Question : *La néphrite chez les saturnins.* Le prix est accordé à M. le Dr H. Lavrand (de Lille).

Thèses récompensées pour l'année 1897.

Médailles d'argent : MM. Bensaude, Brouardel, Claude, Le Goff, Marson, Mayet, Mermet, Meunier, Moussu, Paquy, André Thomas. — *Médailles de bronze* : MM. Antheaume, Apert, Athias, Beaussenat, Bodin, Bordas; Mlle Chauliaguet; MM. Dubois, Escat, Gasne, Gros, Ingelrans, Jeanne, Kahn, Konig, Samuel Lévy, Marie, Vidal. — *Mentions honorables* : M. Audiau; Mlle Bonsignorio; MM. Cazal, Choyau, Contejean, Derocque, Dimitresco, Ehrmann, Fosse, Hermary, Jacovidès, Larrieu, Latruffe, Laurens, Lebas, Le Meignen, Manheimer, Marinesco, Ch. Martin, O'Followell, Pompilian, Prédal, Sicard, Tarassévitch, J. Thomas, Tissot, Varet.

Asiles d'aliénés de la Seine : Concours de l'Internat.

Nous avons donné la Composition du jury dans le n° 49 et dans le n° 50 le sujet de la composition écrite. — Les questions orales traitées par les candidats ont été les suivantes : *Rétrécissement mitral, plaies pénétrantes de poitrine; Diagnostic des hémoptysies et luxation du maxillaire inférieur; Erysipèle et étranglement herniaire; — Angine de poitrine et brûlures.*

Le concours de l'Internat s'est terminé par la nomination de MM. Castin, Farnarier, Conso, Wahl, Carrier, Marchand, Pasquet, Dide, Petit, *internes titulaires*; ont été nommés *internes provisoires* : MM. Hyvert, Launay, Meurice.

Le concours de l'Internat en pharmacie vient de se terminer. *Internes titulaires* : MM. Goret, Stenuit, Delange. — *Internes provisoires* : MM. Dupouy, Bardy, Esnault.

La charité privée et ses œuvres.

Parlant, dans *Paris*, d'un *Asile des Invalides du travail*, fondé par l'initiative privée, et catholico-aristocratique, Zola écrit ceci :

« L'œuvre ne comptait encore que quatre pavillons, et le projet primitif en prévoyait douze, sur le vaste terrain donné par la Ville;... de sorte que la souscription restait ouverte et qu'il se menait un grand bruit de cet effort charitable, réponse retentissante et péremptoire aux mauvais esprits qui accusaient la bourgeoisie repue de ne rien faire pour les travailleurs. La vérité était qu'une magnifique chapelle, érigée au milieu du terrain, avait absorbé les deux tiers des fonds réunis (1). »

Il en est malheureusement ainsi dans un grand nombre de cas. Dans les établissements municipaux, départementaux et nationaux, on pourrait parfaitement se passer de chapelles et envoyer les administrés valides à l'église la plus voisine. L'argent de la chapelle serait mieux employé à assister un plus grand nombre de malades ou à la création d'un outillage scientifique.

(1) Zola (E.). — *Paris*, dans le *Journal* du 28 octobre 1897.

La Guérison du Hoquet par les Tractions de la Langue.

Nous avons récemment signalé la méthode préconisée par M. le Pr Lépine pour la guérison de l'ennuyeux hoquet par les tractions de la langue. M. Laborde, auquel on doit les belles et utiles recherches sur les « tractions rythmées de la langue » en général (traitement des noyés, des asphyxiés, etc.), raconte que c'est à un modeste médecin de province, M. le Dr Viaud (d'Agon), que revient le mérite d'avoir le premier appliqué au traitement du hoquet la méthode des tractions rythmées dont il n'est qu'un cas particulier. Ses observations furent publiées par la *Tribune Médicale* et communiquées à la *Société de Biologie*. La découverte est loin d'être sans importance, ajoute M. le Dr Laborde, car le hoquet constitue, au contraire, dans certains cas, un accident des plus pénibles et des plus rebelles, dont la traction linguale bien soutenue triomphe rapidement et sûrement.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 7. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Terrier, Delbet, Vernier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*) Chirurgie : MM. Kirmisson, Tuffier, Walther. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Hayem, Letulle, Widal. — (2e *série*) : MM. Brissaud, D[illegible], Gilles de la Tourette.

MARDI 8. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Panas, [illegible] Campenon. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*) Chirurgie : MM. Guyon, B[illegible], Albarran. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, M[illegible]. — 3e d'Officiat : MM. Chantemesse, Maygrier, Nelaton.

MERCREDI 9. — Médecine opératoire : MM. Kirmisson, Reynier, L[illegible]. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Delbet, Broca, Bonnaire.

JEUDI 10. — Médecine opératoire : MM. Le Dentu, Albarran, Ha[illegible]. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Thiery. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Berger, Bar, Nelaton.

VENDREDI 11. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Remy, [illegible], Broca. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Dejerine, Brissaud, Gilles de la Tourette. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, [illegible].

SAMEDI 12. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Hutinel, Chantemesse, Hallopeau. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Bar, Maygrier.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 9. — M. Heuzard. De la phlébite syphilitique. — M. Manolescu. — Influence des malformations utéro-vaginales d'origine congénitale sur la vie génésique de la femme. — M. Bonnemaison. Contribution à l'étude de la septième côte cervicale. Étude [illegible]. Diagnostic clinique et radiographique. — M. Richard. De [illegible] à grains riziformes de la bourse sous-deltoïdienne. — M. [illegible]. Technique de l'hépatopexie.

JEUDI 10. — M. Duvernoy. Le foie mobile. — M. Robin. Tumeurs [illegible] du muscle sterno-mastoïdien.

Enseignement médical libre.

[illegible] appliquée aux maladies nerveuses. — M. le D[r] [illegible] a commencé un cours libre à l'amphithéâtre [illegible] de l'École pratique, 15, rue de l'École de Médecine, le [illegible] 1898, à 4 heures ; il le continuera les samedis [illegible] à la même heure.

[illegible] Psychologique, 49, rue Saint-André-des-Arts. [illegible] *du semestre d'hiver* 1897-1898. — Jeudi [illegible], à [illegible] heures, M. le Dr Paul [illegible] : *L'h[illegible] comme procédé d'expérimentation en [illegible]*. — Jeudi 17 février, à [illegible] heures, M. le Dr [illegible] [illegible] — Jeudi 24 février, à [illegible] heures, M. [illegible] [illegible] — Jeudi [illegible], à [illegible] heures, M. le Dr Max NORDAU : *[illegible] de la paralysie générale.* — Jeudi 10 mars, à [illegible] heures, M. le Dr BERILLON : *La psychologie de la [illegible] et [illegible] de la [illegible]*. [illegible] des [illegible] de Röntgen, par le Dr D[illegible]. — Jeudi 17 mars, à [illegible] heures, M. le Dr Henry LEMESLE : *Les [illegible] criminels*. — [illegible] de psychothérapie, de [illegible] le présentations d'appareils.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Jules-Émile PÉAN (de Paris).



M. le Dr Jules-Émile PÉAN (de Paris).

La Chirurgie française est en grand deuil : PÉAN vient de mourir. C'est une nouvelle qui dimanche dernier a couru dans Paris avec la rapidité de l'éclair, tellement elle semblait imprévue et extraordinaire, tellement étaient nombreux ceux qui connaissaient le fils du pauvre paysan, devenu l'un des plus célèbres opérateurs de son temps et le plus enrichi des médecins de France !

Comment cet homme aux larges épaules, dont la robustesse campagnarde semblait défier les plus terribles fléaux de l'humanité, a-t-il pu être ainsi terrassé, à l'improviste, par la vulgaire grippe ? Comment cette santé de fer a-t-elle pu, en quelques heures, être la proie d'une broncho-pneumonie aux allures aussi rapides ? Il lui a fallu pourtant s'incliner devant la Mort, à laquelle Péan fit jadis si souvent peur au lit de ses opérés ! — Rien ne pouvait faire prévoir, il y a quelques jours, cette fin prématurée. C'est en travaillant un soir (1), sans feu, dans son cabinet, qu'il fut pris et contracta la broncho-pneumonie à laquelle, malgré des soins très éclairés, il a succombé à l'âge de 67 ans.

Nous le voyons encore, courant à travers Paris dans sa voiture à deux chevaux et à cocher [illegible] ! Grand, épais, les épaules carrées, le physique puissant, mais la face vulgaire, il donnait, à le voir, l'impression d'être quelqu'un de solide, qui tenait dans la société française une place énorme ! Et, en effet, il était quelqu'un, avec de grandes qualités, mais aussi de combien grands défauts ! Chez les hommes à tempérament original, faisant avancer vraiment l'humanité, malheureusement l'un ne va pas sans l'autre...

Son histoire est connue de tout le corps médical. Jules-Émile-Péan était né, à Châteaudun [illegible] novembre 1830. Fils d'un modeste meunier, disent les uns, d'un pauvre paysan, d'après les autres, il devint médecin, [illegible], dans les circonstances suivantes. Son père ayant dû venir à Paris pour se faire soigner de quelque vulgaire [illegible], le chirurgien qui

(1) Grippé depuis [illegible] jours, le [illegible] les frissons d'une fièvre intense. Il annonça [illegible] qui l'entouraient qu'il était perdu. La fièvre [illegible], [illegible] de rapides progrès. Il comptait lui-même les pulsations de son pouls, et, quand il constata la fièvre violente qui l'oppressait, [illegible] a : « Dans une heure je serai mort. » Il dit alors [illegible] qu'il aimait et expira à la minute qu'il avait fixée, [illegible] pleine possession de lui-même et ne témoignant aucun [illegible] (*Temps*).

le guérit facilement se fit payer très cher. De retour au moulin, le père Péan aurait dit à son gamin de fils : « Tu devrais te faire médecin : c'est un bon métier ! » Il ne croyait pas être si bon prophète... Le jeune homme devint, en effet, le praticien que l'on sait et fit dans ce métier une superbe fortune ; mais il paraît qu'en réalité le goût de la médecine lui fut inculqué par un de ses parents, médecin de campagne, qui l'emmenait avec lui dans ses courses.

Venu à Paris en 1849, reçu interne des hôpitaux, non pas le premier, mais le second, au concours de 1855, élève préféré de Nélaton et de Denonvilliers, il ne tarda pas à donner comme étudiant, comme interne, puis comme prosecteur et docteur (1860), les promesses qu'il devait tenir si brillamment dans la suite comme chirurgien des hôpitaux. C'est de 1864 que date la fameuse opération d'ovariotomie, qui devait faire époque dans son histoire. Il n'était encore que prosecteur !

Nommé chirurgien du bureau central en 1865, de l'hôpital des Enfants assistés l'année suivante, de Lourcine en 1867, de Saint-Antoine en 1872, il était, en dernier lieu, appelé à Saint-Louis, qu'il ne devait quitter, quinze ans plus tard, que pour prendre sa retraite. En 1887, il entrait à l'Académie de Médecine.

Dans ces derniers temps, mettant à profit ses loisirs, Péan fondait de ses deniers l'*Hôpital International* de la rue de la Santé, sorte de maison de santé chirurgicale analogue à celles qui existent en province, et où ont déjà passé de nombreux et célèbres étrangers. Grâce à sa fortune, ses habitudes et ses relations, encore en cela son étoile lui resta fidèle.

Péan était membre de l'Académie de Médecine de Paris, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de la Société de Secours aux blessés militaires des armées de terre et de mer, membre de la Société impériale de Médecine de Constantinople, membre de la Société chirurgicale de New-York, membre des Académies de Médecine de Saint-Pétersbourg, de Madrid, Rio-de-Janeiro, Mexico, Helsingfors, Canada, etc., etc., commandeur de la Légion d'honneur, grand-officier des Ordres du Medjidié, de l'Osmanié, du Lion et du Soleil de Perse, commandeur des Ordres de Sainte-Anne de Russie, d'Isabelle la Catholique, etc., etc. — Par contre, *il n'était pas membre de la Société de Chirurgie de Paris !*

Péan laisse de gros livres d'observations médicales, dus surtout à ses élèves (1); mais ce ne sont guère de gros livres de science pure. Il a publié un nombre considérable de mémoires parus dans les revues, un peu partout, en particulier dans la *Gazette des Hopitaux*, où il consignait les remarques faites sur ses opérations. Nous signalerons, toutefois, comme publications plus importantes, son *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen*, et surtout les immenses volumes qui renferment ses *Leçons de clinique chirurgicale* professées à l'hôpital Saint-Louis, et qui sont suivies des observations recueillies par l'auteur et de sa statistique d'opérations abdominales. Mentionnons encore sa collaboration aux *Eléments de pathologie de Nélaton* et, entre autres, ses mémoires sur la *forcipressure*, l'*hystérotomie*, la *splénotomie*, le *pincement des vaisseaux*, les *tumeurs végétantes du péritoine pelvien*, le *morcellement des tumeurs*, etc., etc.

Péan était d'une certaine habileté chirurgicale, qu'on a beaucoup exagérée. C'est surtout son audace, qui n'avait rien d'égal, peut-être parceque sa Science était assez restreinte ! Avec Kœberlé à Strasbourg, c'est pourtant lui qui, malgré les clameurs officielles, introduisit la laparotomie en France, et c'est à lui que nous devons des outillages utiles, des méthodes d'hémostase régularisées, des procédés opératoires dont beaucoup sans doute ont aujourd'hui vécu, mais qui ont réalisé de leur temps de véritables progrès en chirurgie abdominale. Le premier en France, il osa couramment les opérations abdominales, aujourd'hui si communes et si peu redoutables. Les précautions antiseptiques n'étaient guère alors observées. Mais, avec Péan, les fatales conséquences semblaient se produire rarement; et son habileté professionnelle et mondaine, sa rapidité opératoire, son *bonheur surtout*, lui assurèrent bien vite une colossale renommée.

(1) Il disait avec raison : « J'aime mieux payer qu'exploiter la jeunesse, en faisant semblant de la guider vers des... honneurs tardifs ! ».

Sa carrière a été parfois troublée par des controverses retentissantes, qu'il soutint avec Verneuil entre autres. On se rappelle aussi qu'on lui disputa le mérite d'avoir inventé la forcipressure et la pince hémostatique et qu'il eut les plus grandes peines, malgré le tableau commémoratif de Gervex, à sortir victorieux de ce débat. Mais, si les rivalités furent la rançon de ses succès, ses adversaires reconnaissent tous qu'il fut un grand opérateur.

Péan était loin d'être un orateur, voire même un professeur. Il aurait été presque grotesque dans une chaire de la Faculté; mais, au lit d'opérations, il donnait l'illusion d'un maître en clinique chirurgicale. En réalité, il ne fut qu'un opérateur, toujours audacieux et presque toujours heureux ! Il faut des hommes de cette trempe ; et l'Institut lui aurait offert un fauteuil, que beaucoup de ses élèves l'en auraient trouvé digne.

Comme la majorité des provinciaux devenus parisiens, nés pauvres, mais pleins d'ambition, Péan, à l'instar de ces paysans auvergnats devenant financiers millionnaires, eut toujours un amour passionné pour l'argent, en ayant de bonne heure compris toute la puissance : il est si doux d'être maître, après avoir été valet ! Aussi eut-il une morale qu'on qualifie d'américaine, et qui en réalité remonte presque au déluge. Nous aurons le courage, malgré le *Figaro*, de ne pas lui en faire de trop sanglants reproches, car il ne l'a pas inventée, même en chirurgie pure. Son maître Nélaton lui donna sur ces choses, parait-il, des leçons profitables ! Péan marcha, comme son siécle, vers des mœurs nouvelles, aujourd'hui sanctionnées, plus ou moins ouvertement, par nombre de syndicats médicaux. Sans aller aussi loin qu'un confrère de Paris, demandant que les médecins lui élèvent une statue pour cette découverte, qui ne lui appartient pas d'ailleurs, nous nous bornons à constater qu'en ces matières tout est affaire de mode, de pays et de tempéraments : vérité en deça des Pyrénées, erreur au delà ! Et nous sommes bien à l'aise pour en parler, nous qui vivons en dehors des lieux où ces questions passionnent les esprits et les... bourses !

Péan ne fut d'ailleurs pas plus consciencieux que timoré ! Il allait à l'hôpital une fois par semaine pour opérer des malades qu'en général il n'avait pas examinés ; et l'on n'a pas oublié la campagne qu'on a menée contre lui, il y a quelques années. « Car ce paysan, âpre au gain, amoureux de l'or jusqu'à en mettre au chapeau de son cocher, considérait — comme bien d'autres, hélas ! — l'hôpital comme un moyen d'arriver à la clientèle. Opérateur des plus occupés en ville, il n'avait pas le temps d'y aller plus d'une fois par semaine, le samedi. Mais alors, c'était de la belle besogne, au point de vue artistique, et l'étranger, assidu à ces séances hebdomadaires, en partait émerveillé. »

Mais, qu'on l'accuse ou non de ces vilenies, Péan n'en restera pas moins un des opérateurs qui, en ces dernières années, ont porté haut le drapeau de la chirurgie française. Et, pour ce grand mérite, la plus grande de ses fautes lui sera certainement pardonnée. A tout.... passé, miséricorde ! (1).

Marcel BAUDOUIN.

(1) *Obsèques.* — Mardi, à midi, ont eu lieu les obsèques. Le corbillard disparaissait sous les couronnes de fleurs naturelles ; un char était garni également de couronnes et de gerbes de fleurs. Les admirateurs et les amis de Péan, les administrations de l'hôpital Saint-Louis et de l'Hopital international, les associations de médecins, la cité de Châteaudun, sa ville natale, la famille avaient prodigué à la mémoire de Péan ces témoignages de sympathie et de regrets. A midi précis, on a transporté le cercueil de la chambre d'exposition au corbillard. Les honneurs militaires étaient rendus par une compagnie d'infanterie avec drapeau et musique. Les cordons du poêle étaient tenus par le Pr Panas, vice-président de l'Académie de Médecine, le Dr Pozzi, sénateur, membre de l'Académie de Médecine, M. Mézières, de l'Académie française, M. de Selves, préfet de la Seine, le Dr Peyron, directeur de l'Assistance publique, M. Jacquin, secrétaire général de la grande chancellerie, M. Beurdeley, maire du VIIIe arrondissement, le Dr P. Segond, et les assistants de Péan. Derrière le char funèbre marchait un maître des cérémonies qui portait sur un coussin noir recouvert de crêpe les décorations du défunt, entre autres la cravate de commandeur de la Légion d'honneur. Les domestiques venaient derrière, puis la famille, le bureau et les membres de l'Académie de Médecine, les internes et les infirmières de l'Hopi-

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 16 au samedi 22 janvier 1898, les naissances ont été au nombre de 1.216, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes. 433, illégitimes, 176. Total, 609. — *Sexe féminin* : légitimes, 442, illégitimes, 165. Total, 607.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 16 au samedi 22 janvier 1898, les décès ont été au nombre de 1.220, savoir : 587 hommes et 633 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 2, T. 4. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 1, F. 5, T. 6. — Scarlatine : M. 1, F. 3, T. 4. — Coqueluche : M. 0, F. 0, T. 0. — Diphtérie, Croup : M. 1, F. 2, T. 3. — Grippe : M. 18, F. 32, T. 50. — Phtisie pulmonaire : M. 130, F. 60, T. 190. — Méningite tuberculeuse : M. 17 F. 9 T. 26. — Autres tuberculoses : M. 22, F. 16, T. 38. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 9, T. 9. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 35, T. 54. — Méningite simple : M. 14, F. 15, T. 29. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 32, F. 28, T. 60. — Paralysie, M. 4, F. 7, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 8, F. 5, T. 13. — Maladies organiques du cœur : M. 25, F. 48, T. 73. — Bronchite aiguë : M. 15, F. 18, T. 33 ; — Bronchite chronique : M. 29, F. 21, T. 50. — Broncho-pneumonie : M. 36, F. 51, T. 87. — Pneumonie : M. 30, F. 20, T. 50. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 39, F. 55, T. 94. — Gastro-entérite, biberon : M. 9, F. 9, T. 18. — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 2, T. 4. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 0, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 19, F. 25, T. 44. — Sénilité : M. 13, F. 49, T. 62. — Suicides : M. 11, F. 12, T. 23. — Autres morts violentes : M. 11, F. 5, T. 16. — Autres causes de mort : M. 69, F. 85, T. 154. — Causes restées inconnues : M. 9, F. 1, T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 103, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 45, illégitimes, 13. Total : 58. — *Sexe féminin* : légitimes, 37, illégitimes, 8. Total : 45.

Facultés de Médecine. — *Concours d'Agrégation* (Médecine et médecine légale) : MM. Lamacq : *Du pouls dans les maladies aiguës.* — Hobbs : *Les scléroses pulmonaires.* — Raymond : *La mélanodermie.* — Frænkel : *De l'insuffisance rénale.* — Patoir : *De la mort subite.*

Faculté de Médecine de Paris. — Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique, la chaire de clinique obstétricale de la Faculté de Médecine de Paris est déclarée vacante.

Ecole de Médecine et de Pharmacie de Rouen. — M. le Dr Jeanne est nommé professeur suppléant des chaires de clinique externe et de clinique obstétricale à l'Ecole de Médecine de Rouen. — Le 2 février doivent s'ouvrir les concours pour la nomination d'un chef de clinique interne et d'un chef de clinique externe à l'Ecole de Médecine de Rouen.

Faculté de Médecine de Rome. — Sont nommés privatdocenten : MM. les Drs Tommaso Cipollone (*anatomie pathologique*); Roberto Alessandri et Demetrio Roncali (*pathologie chirurgicale*); Augusto Giannelli (*psychiatrie*); Mariano Carruccio (*dermatologie et syphiligraphie*).

Prix Guillon. — Dans sa dernière séance, la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques a décerné pour la première fois le prix Alfred Guillon à M. le Dr Floersheim, ancien interne des hôpitaux. Ce prix, d'une valeur de 200 francs, est destiné à récompenser le meilleur ouvrage relatif à une question de thérapeutique des voies urinaires. L'éloge du Dr Alfred Guillon, ancien membre de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques, a été prononcé par le Dr Dignat, secrétaire général, et la séance s'est terminée par une conférence inédite du Dr Bardet sur les divers transformateurs destinés à la production des rayons X.

Service de Santé de la Marine. — Sont nommés dans le service de santé de la marine : Au grade de médecin auxiliaire de 2e classe, les élèves de l'Ecole du service de santé de la marine : MM. Le Corre, affecté à Lorient ; Petite affecté à Toulon ; Mias, affecté à Toulon ; Michel, affecté à Toulon ; Bellet, affecté à Rochefort ; MM. les Drs Creignou, Dardenne, Delaune, Fargier, Pujol, Sautarel, Savignac et Westermann. — M. le médecin de 1re classe Laugier, résident à l'hôpital maritime de Brest, est désigné pour remplacer M. le médecin de 1re classe Bourguignon dans les fonctions de secrétaire du Conseil supérieur de santé de la marine, à Paris. M. le Dr Bourguignon est affecté au port de Toulon. M. le médecin de 1re classe Robert (Constant), médecin-major au 2e régiment d'artillerie de marine à Cherbourg, est réintégré, sur sa demande, dans le service général des officiers de son grade et affecté à Cherbourg. — Une prolongation de congé de convalescence de 6 mois à passer au Lavandou, est accordée à M. Revet, élève de l'Ecole du service de santé de la marine à Bordeaux.

Service de santé des Colonies. — *Liste de départ, pour les colonies, de MM. les médecins principaux de 1re et de 2e classe du service des troupes de la marine.* — Médecins principaux : MM. Siciliano, Caivet, Trabaud, Thémoin, Negadelle, Alix (P.-M.), Prat, Kermorvant, Curet. — Médecins de 1re classe : MM. Branellec, Reboul, Fortoul, Arami. — Médecins de 2e classe : MM. Delabaude, Chagnolleau, Régnault, Portese, Rygondaud, Ruelle, Roudié, Parin, Pourtal.

Service de santé militaire. — Une prolongation de congé de convalescence de 3 mois, à solde entière, à passer à Nice, est accordée à M. le médecin de 2e classe Crozet (J.), du port de Toulon. — Une bourse entière à l'Ecole du service de santé militaire a été accordée à l'élève Sylvestre, à partir du 1er janvier 1898. — La permutation concertée entre MM. les médecins de 1re classe Negretti, médecin-major du *Bugeaud* (escadre de la Méditerranée), et Jourdan, médecin-major du *Bruix*, à Cherbourg, est autorisée.

Armée active. — Promotions au grade de médecin-inspecteur, M. Driout, médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé du 7e corps d'armée, en remplacement de M. Debaussaux, placé dans la section de réserve.

Service sanitaire Maritime de Bordeaux. — Le concours pour une place de médecin sanitaire maritime, ouvert devant la Faculté de Médecine de Bordeaux s'est terminé par la nomination de M. le Dr Bernard, interne des ambulances urbaines.

Société de Médecine et de Chirurgie. — M. le Dr Négrié est nommé membre honoraire de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.

Distinctions honorifiques. — *Mérite agricole.* — M. le Dr Charrin est nommé chevalier.

Missions scientifiques. — M. le Dr Huguet, lauréat de l'Institut, médecin-major de l'armée, est chargé par le Ministère de l'Instruction publique d'une mission scientifique au Mzab, à l'effet d'y poursuivre ses recherches sur l'histoire du Mzab, sa population, le commerce, l'industrie et la médecine chez les Mzabites.

La Peste a Bombay. — Les décès provoqués par la peste à Bombay se sont élevés la semaine dernière à 834. Le total général des décès pour la même période a été de 1.726.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — 10 janvier : *Muscles grands droits de l'abdomen et leur gaîne. Signes, diagnostic et traitement préventif du tétanos.* — 17 Janvier : *Rapport de la glande parotide. Paralysies diphtériques.* — 19 janvier : *Ligaments de l'articulation tibio-tarsienne. Signes, diagnostic et traitement des fractures bi-malléolaires.* — 21 janvier : *Vaisseaux sanguins du cœur. Symptômes, diagnostic et pronostic du rachitisme.* — 24 janvier : *Moyens d'union de l'articulation du genou ; Phlegmatia alba dolens des femmes en couches.* — 26 janvier : *Artères rénales. Causes, symptômes et diagnostic des néphrites aiguës non suppurées.* — 28 janvier : *Articulation temporo-maxillaire. Fracture du maxillaire inférieur.*

Concours public pour la nomination à trois places de Médecin des Hôpitaux de Paris. — Ce concours est ouvert le lundi 7 mars 1898, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. MM. les Docteurs en Médecine qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 7 février 1898, et sera clos définitivement le samedi 19 du même mois, à trois heures.

Concours public pour la nomination à deux places de Chirurgien des Hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le jeudi 17 mars 1898, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. MM. les Docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 14 février, et sera clos définitivement le samedi 26 du même mois, à trois heures.

---

tal International fondé par Péan et enfin, en très grand nombre, des savants, des médecins et des hommes politiques. Le cortège s'est rendu au cimetière Montmartre où a eu lieu l'inhumation dans un caveau de famille. Sur la tombe des discours ont été prononcés par le Dr Pozzi, chirurgien des hopitaux, M. le Dr Delorme, et M. Beurdeley.

Concours pour la nomination à la place de sous-chef des laboratoires de la Pharmacie centrale des Hôpitaux et Hospices civils de Paris. — Un concours pour la nomination à la place de sous-chef des laboratoires de la Pharmacie centrale des Hôpitaux et Hospices civils de Paris sera ouvert le mercredi 20 avril 1898, à midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, depuis le lundi 21 mars jusqu'au samedi 2 avril inclusivement, de onze heures à trois heures.

Concours spécial pour la nomination à la place de Médecin résident à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise). — Ce concours sera ouvert le lundi 4 avril 1898, à midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat général de l'Administration, depuis le lundi 7 mars jusqu'au samedi 19 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

Hôpital Laënnec. — En raison de l'encombrement actuel des hôpitaux, l'Administration de l'Assistance Publique va créer un service provisoire à l'hôpital Laënnec qui sera confié à M. le Dr Jacquet.

Hôpitaux de Bordeaux. — M. le Dr Bonnet est nommé médecin titulaire de l'hospice général de Pellegrin.

Hospices civils de Rouen. — Le concours pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux de Rouen est fixé au 24 février prochain.

Une Crèche a Perpignan. — Le maire de Perpignan a reçu du baron H. Desprès une somme de 25 000 francs pour la création d'une crèche destinée aux enfants en bas âge, dont les mères sont obligées de vivre extérieurement de leur travail.

Eaux d'égout et Microbes. — Les recherches bactériologiques faites régulièrement par le Dr Miquel sur les eaux d'égout et sur les eaux des drains mettent en évidence, d'une manière indiscutable, l'influence épuratrice opérée par le sol. La teneur microbienne des eaux des drains de la presqu'île de Gennevilliers a été sans exception inférieure aux moyennes calculées pour les années antérieures. Ces eaux sont une dizaine de fois moins impures que l'eau de la Marne et l'eau de la Seine prélevées en amont de Paris.

Un Conférencier harassé. — M. le Dr Nansen, l'explorateur arctique, est actuellement poursuivi et saisi à Boston sur la plainte d'une agence qui a organisé sa tournée de conférences aux Etats-Unis. Celle-ci lui réclame une indemnité de 20.000 dollars pour violation de contrat, M. Nansen s'étant engagé pour cent conférences et refusant de continuer après la soixante-septième. D'après le secrétaire de l'explorateur, celui-ci est fatigué de ses voyages, et las de les raconter au public, et il ne désire rien tant que de rentrer chez lui. Il doit faire sa conférence d'adieu à New-York.

La Médecine et le Panama. — Une dépêche de Bournemouth à l'Agence Havas porte que, sur le conseil de ses médecins Cornélius Herz est sorti, *pour la première fois depuis plus de cinq ans*. Il a fait une courte promenade en voiture.

Nouveau Journal. — Nous recevons le premier numéro de *La Revue du Praticien*, paraissant mensuellement sous la direction de notre ami, le Dr A. Le Blond.

Nécrologie. — M. le Dr César Lainé, député de la Martinique. — M. le Dr Francesco Bini, professeur émérite de psychiatrie à l'Ecole supérieure de Médecine de Florence. — M. le Dr Augustus Prichard, ancien lecteur de chirurgie et d'anatomie à l'Ecole de Médecine de Bristol. — M. le Dr Joseph O'Dwyer, professeur des maladies des enfants à la Post-Graduate School and Hospital de New York. — M. le Dr S.-A. Rogers, professeur d'anatomie au Memphis Hospital Medical College. — M. le Dr Paul Derignac, ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris, professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges. — M. le Dr Gallavardin, homéopathe convaincu, vient de mourir à Lyon, à l'âge de 74 ans; il était végétarien et ne buvait que de l'eau, et non seulement, bien que diabétique, il a dépassé de beaucoup d'années la moyenne de la vie, mais encore il laisse dix enfants, tous pleins de vie! Un traumatisme récent avait condamné ce confrère au lit, cette brusque inactivité avait retenti fâcheusement sur son état général; mais rien ne faisait prévoir sa mort subite. Gallavardin n'a jamais, sur quelque sujet que ce fût, connu le scepticisme; ce n'était pas un transfuge; il n'hésitait pas et se [illegible] en ce sens qu'il disait bas[illegible] toutes ses convictions sur les faits. Néanmoins sa tolérance pour les opinions contraires aux siennes était extrême. Il n'accusait pas les allopathes, comme le solennel comte de Guidi, son maître, de [illegible] consentait de dire que l'homéopathie [illegible] guérit. C'était un honnête homme. Souvent le *Lyon médical* a libéralement accepté la collaboration de Gallavardin; il écrivait agréablement. (*Lyon médical*). — M. le Dr Lafaurie, ancien interne des hôpitaux de Lyon (le premier de la promotion de 1852), membre fondateur de la Société des Sciences médicales de Lyon. Après avoir exercé la médecine à Lyon pendant quelques années et pris part à un concours pour la place de médecin des hôpitaux, M. Lafaurie était allé se fixer au Havre, laissant parmi ses anciens condisciples le souvenir d'un homme aimable. — M. le Dr Berthelot (Louis), médecin du ministère des postes et télégraphes, décédé à l'âge de 65 ans. — M. le Dr Peres, de Monguilhem. — M. le Dr Augé, de Reuilly (Indre), reçu en 1882. — M. le Dr Charles Bouyer fils, de Saintes, décédé à l'âge de 27 ans. — M. le Dr Bordes-Pagès, de Seix (Ariège), ancien sénateur, reçu en 1844. — M. le Dr Surmay, de Ham, ancien interne des hôpitaux de Paris (1848), l'un de ceux qui ont le plus fait en France pour la création d'un *ordre de médecins*. — M. le Dr Taurin (de Louviers), qui a succombé il y a quelques jours aux suites d'un accident de voiture. Notre confrère n'était âgé que de 53 ans, et tout faisait espérer qu'il pourrait se consacrer pendant de longues années encore aux charges multiples qu'il avait assumées et qui occupaient les rares loisirs que lui laissait la clientèle. Le Dr Taurin avait été nommé interne des hôpitaux de Paris en 1868. Il s'était installé à Louviers en 1872. Il était membre du Bureau de bienfaisance, membre du Conseil d'hygiène, conseiller municipal et délégué cantonal. (*Norm. méd.*).

Asile d'Aliénés de Navarre près Évreux (Eure).

Demande d'interne, 12 inscriptions: traitement 800 francs, logement, nourriture, chauffage, éclairage et blanchissage. S'adresser au médecin-directeur de l'Asile.

Vacance médicale. — Un jeune docteur, ancien interne d'un asile d'aliénés, demande un poste dans un établissement départemental d'aliénés ou dans une maison privée.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Broca, 111, rue Broca. — *Leçons cliniques de Gynécologie.* — M. le Dr S. Pozzi, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hopital Broca, commencera ses leçons cliniques le vendredi 4 février, à 10 heures du matin, et les continuera les vendredis à la même heure. — Le mercredi, de 9 à 10 heures, démonstrations d'*Histologie pathologique* (Gynécologie) par le Dr Latteux, chef du laboratoire de l'hôpital Broca. Lundi et mercredi, à 10 heures, opérations.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Hôpital Trousseau. — M. Kirmisson, leçons cliniques les mardis et samedis, à 10 heures.

Hospice de la Salpêtrière. — *Maladies du système nerveux.* — M. le Dr Déjerine: leçons cliniques sur les maladies nerveuses le jeudi, à 5 heures. Le mercredi matin, à 9 h. 1/4, examen des malades de la consultation externe. Le cours a lieu dans la salle de la consultation externe.

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Bazy, consultations pour les maladies des voies urinaires (reins, vessie, etc.), les mardis, jeudis et samedis à 9 h. 1/2. — M. Hallopeau. *Maladies cutanées et syphilitiques*, salle des conférences, le dimanche, à 9 h. 1/2.

Le Rédacteur-Gérant: Bourneville.

3e SERIE. T. VII. N° 7. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 12 FÉVRIER 1898

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Interprétation d'un phénomène récemment décrit dans la paralysie faciale périphérique.

Par le Dr M. CAMPOS.

Bordier et Frenkel ont décrit (1) un phénomène nouveau dans la paralysie faciale périphérique : la rotation du globe oculaire en haut et en dehors pendant l'occlusion des paupières. Ce fait aurait une valeur pronostique considérable et indiquerait une paralysie faciale grave. Bonnier, dans un article de la *Gazette hebdomadaire* du 14 novembre 1897, revient sur ce phénomène qu'il interprète d'une façon toute différente et qui serait loin d'être rare, car il aurait existé dans tous les cas qu'il a eu l'occasion d'observer.

Comment interpréter ce phénomène? D'après Bordier et Frenkel il s'agirait d'une véritable décharge nerveuse : l'excitation volontaire n'ayant pas d'action sur le facial, se déchargerait sur une autre voie. Pour Bonnier, au contraire, il s'agirait d'un désarroi dans la motricité. L'explication nous parait beaucoup plus simple. C'est qu'à l'état de repos, l'œil se porte en haut et en dehors : en effet, si l'on vient à ouvrir les paupières d'un individu qui dort (et Bonnier lui-même admet ce fait qui est d'ailleurs classique), on constate que le globe oculaire prend la position que nous venons d'indiquer, c'est-à-dire qu'il existe une sorte de consensus en vertu duquel lorsque les paupières se ferment, l'œil se porte en haut et en dehors. Cette simple constatation nous explique ce qui se passe dans la paralysie faciale. Lorsque l'on commande à un sujet atteint de cette affection de fermer ses yeux, il ne peut y arriver que grâce à un effort particulier, et comme cet effort doit nécessairement se répercuter sur les mouvements du globe oculaire, on verra l'œil prendre cette position. Ce qui constitue la différence entre ce qu'on observe normalement et ce qui se produit dans notre cas, c'est qu'ici le phénomène devient plus apparent. Cela se comprend facilement ; l'œil devant se porter en haut et en dehors dans l'occlusion normale des paupières, lorsque cette occlusion nécessite un effort plus considérable, le mouvement de l'œil en haut et en dehors sera plus marqué.

Il en est de même dans les paralysies des muscles de l'œil. Si l'on suppose une paralysie du muscle droit externe de l'œil droit et que l'on commande au malade de fixer un objet situé à droite, après avoir bouché l'œil gauche sain avec un verre dépoli qui empêchera le malade de voir, mais qui permettra au médecin d'explorer les mouvements que l'œil pourra faire en arrière de lui, on verra l'œil malade seul découvert se redresser, de manière à diriger sa ligne visuelle vers l'objet. Mais, si en même temps on examine les mouvements que fait l'œil gauche derrière le verre, on observe qu'il se porte fortement en dedans. Pourquoi cette adduction exagérée de l'œil sain ? c'est bien simple. En raison de la paralysie du muscle droit externe droit il a fallu une impulsion considérable pour porter l'œil en dehors : mais en vertu d'une disposition anatomique bien connue depuis les recherches mémorables faites par notre maître M. Laborde, en collaboration avec M. Mathias-Duval, le nerf moteur oculaire externe ne peut agir sur le droit externe d'un œil sans exercer une action analogue sur le droit interne de l'autre œil. Il en résulte que l'impulsion très énergique que le droit externe paralysé reçoit pour pouvoir entrer en action, se transmet également sur le droit interne de l'œil gauche, qui se dévie en dedans beaucoup plus que l'œil droit n'a été attiré en dehors. C'est donc, on le voit bien, ce qui se passe dans la paralysie faciale : pendant l'occlusion des paupières, l'œil tend, à l'état normal, à se porter en haut et en dehors, mais quand l'orbiculaire est paralysé, l'occlusion ne peut se faire sans un effort très considérable, et cet effort s'exerçant avec la même intensité sur l'agent musculaire déterminant le mouvement de l'œil en haut et en dehors, il s'ensuit que ce mouvement devient plus manifeste, et d'autant plus manifeste que la paralysie faciale est plus marquée.

Mais quelle est la cause de ce mouvement en haut et en dehors ? Bordier et Frenkel admettent qu'il se fait sous l'influence du petit oblique, car c'est le seul muscle qui puisse imprimer à la fois au globe ce double mouvement. Bonnier, au contraire, n'admet pas cette interprétation ; car ce que l'on remarque surtout, d'après lui, serait l'élévation du globe oculaire, la rotation en dehors ne viendrait qu'au second rang. C'est en se basant sur ces considérations, qu'il admet que le muscle en cause serait le droit supérieur auquel, dans certains cas, viendrait s'ajouter le muscle droit externe. Mais ceci constitue une erreur physiologique, car le muscle droit supérieur n'élève pas seulement l'œil, mais il le porte aussi en dedans ; et Bonnier dit lui-même qu'il n'a jamais vu l'œil se porter en dedans. Il n'y a qu'un muscle qui puisse à lui seul porter l'œil en haut et en dehors, c'est le petit oblique, comme le font remarquer Bordier et Frenkel, et il n'y a aucun muscle, ajoutons-nous, qui soit capable de porter l'œil directement en haut. Cette action est beaucoup plus complexe : elle nécessite à la fois l'intervention du droit supérieur et du petit oblique qui, étant antagonistes sous certains rapports (le premier étant rotateur en dedans, le second rotateur en dehors), sont synergiques pour ce qui concerne l'élévation ; de telle sorte que, lorsqu'ils agissent ensemble, les mouvements contraires se neutralisant, le résultat définitif est une élévation du globe oculaire qui se porte directement en haut. Bien plus, on est obligé, si l'on veut faire intervenir le droit supérieur, d'invoquer pour la rotation en haut et en dehors, l'action de trois muscles : le petit oblique et le droit supérieur, auxquels viendrait s'ajouter le droit externe. Ici donc la résolution du problème deviendrait encore plus complexe : car on sait que l'innervation du droit externe est assurée par un nerf spécial : le moteur oculaire externe, dont l'action viendrait s'ajouter à celle du moteur oculaire commun qui régit les mouvements du droit supérieur et du petit oblique.

Mais quelle est la cause intime qui détermine la rotation de l'œil en haut et en dehors, soit en agissant sur

(1) *Sem. méd.*, 8 septembre 1897.

le petit oblique, comme le veulent Bordier et Frenkel, soit en agissant sur le droit supérieur, ainsi que le prétend Bonnier ? Bordier et Frenkel admettent que l'impulsion volontaire ne pouvant se transmettre à l'orbiculaire par le facial paralysé se décharge sur le petit oblique dont les fibres motrices proviennent d'un noyau situé à la partie postérieure des noyaux du nerf moteur oculaire commun.

Or, on sait que, d'après Mendel, le facial supérieur tirerait son origine dans la masse de substance grise située au-dessous de l'aqueduc de Sylvius, d'où nait le nerf moteur oculaire commun. Cet auteur aurait constaté, en effet, après avoir arraché les paupières et le frontal chez le lapin et le cobaye, la dégénérescence de la partie postérieure de la substance grise en question. De plus, d'après Bechterew, il existerait des fibres d'union reliant le moteur oculaire commun au facial. A l'appui de cette opinion, on pourrait citer le phénomène signalé par Gifford qui a prouvé que lorsqu'on commande à un sujet de fermer un de ses yeux, après en avoir écarté les paupières à l'aide d'un blépharostat, on constate, pendant l'effort que fait le sujet pour vaincre l'obstacle apporté à l'occlusion par le blépharostat, un rétrécissement pupillaire. Cela serait la preuve évidente de la vérité de la théorie de Mendel et expliquerait comment l'excitation transmise au facial, ne pouvant traverser ce cordon nerveux, se propagerait au noyau du petit oblique situé en avant de lui.

Mais pour Bonnier, qui nie l'intervention du petit oblique pour admettre celle du droit supérieur, et, dans quelques cas, celle du droit externe, cette explication n'est pas possible. — Il ne pourrait pas s'agir d'une décharge nerveuse, car dans aucun des schémas sur la topographie des noyaux du moteur oculaire commun, le facial ne se trouve en rapport avec le droit supérieur. La véritable cause en devrait être recherchée dans une irritation de l'appareil ampullaire des canaux demi-circulaires de l'oreille interne. Ce qui le prouverait seraient certains troubles : bourdonnements, vertige, etc. Mais, si ces phenomènes accompagnent souvent la paralysie faciale, on ne saurait, croyons-nous, y voir par rapport au phénomène de Bordier et Frenkel une relation de cause à effet, pas plus que l'on ne saurait, par exemple, attribuer à la paralysie de l'orbiculaire buccal, le larmoiement qu'on observe dans quelques cas de paralysie faciale. Pour ce qui est de l'action du droit supérieur, nous avons vu plus haut qu'il est incapable à lui seul de porter l'œil directement en haut. Mais il est une cause sur laquelle Bonnier insiste particulièrement, c'est que ce mouvement de l'œil est parfois spasmodique ce qui démontrerait forcément une irritation partant des canaux demi-circulaires de l'oreille interne. Est-il nécessaire d'avoir recours à une pareille interprétation pour expliquer le spasme sur lequel Bonnier aime tant à insister ? Nullement. Si l'élévation de l'œil se fait spasmodiquement, la faute n'en est pas à une incoordination due à l'appareil ampullaire irrité. — Et d'ailleurs cette incoordination existe-t-elle ? Non pas. Pour fermer ses paupières, le malade est obligé de faire un effort inaccoutumé : il concentre toute son attention sur ce mouvement qui tend à rétrécir la fente palpébrale et ce fait ne pouvant se manifester sans une répercussion correspondante sur le globe oculaire, celui-ci se porte en haut et en dehors. Il y a donc loin d'une incoordination à la production de ce phénomène qui n'est en réalité que l'exagération d'un fait normal.

Mais s'il n'y a pas d'incoordination et par conséquent la théorie auriculaire est fausse, la théorie de la décharge nerveuse de Bordier et Frenkel a-t-elle une base plus solide ? Nous ne le pensons pas et en voici la raison : Faites fixer à un sujet sain un de vos doigts situé à la hauteur de ses yeux à la distance d'un mètre et dites-lui de fermer ses paupières en même temps que vous vous y opposerez en soulevant la paupière supérieure que vous maintiendrez à l'aide du pouce de l'autre main contre l'arcade orbitaire. Vous verrez alors, lorsque le sujet essayera de fermer son œil, son globe oculaire se porter presque toujours en haut et en dehors. Ici pourtant il n'y a pas de paralysie et le facial peut très bien conduire les impulsions centrales, mais en vertu de l'obstacle opposé par votre doigt, l'impulsion devra s'exagérer et cette impulsion se transmettant au globe oculaire le portera manifestement en haut et en dehors. Cette expérience très facile à vérifier, démontre à l'évidence ce qui se passe dans la paralysie faciale et que l'influx nerveux au lieu d'abandonner les voies normales pour se décharger sur une voie voisine, les parcourt au contraire avec une plus grande intensité et rend ses effets plus évidents. Elle constitue de plus la condamnation naturelle de la théorie de Bonnier car elle se réalise chez des sujets sains, par conséquent en dehors de toute irritation possible de l'appareil ampullaire liée à la paralysie faciale.

En résumé, nous croyons pouvoir conclure en affirmant que le phénomène signalé par Frenkel et Bordier est un phénomène physiologique qui devient plus manifeste par le fait d'une impulsion nerveuse plus considérable et d'autant plus manifeste que l'impulsion est plus intense, c'est-à-dire que la paralysie est plus marquée.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'assainissement de la Seine. Rapport sur les champs d'épuration de Gennevilliers ;

Par BOURNEVILLE.

La Commission de surveillance de l'épandage des eaux d'égout de Paris dans la presqu'île de Gennevilliers a adressé, conformément à l'article 5 du décret du 23 février 1895, son premier rapport semestriel à M. le Ministre des Travaux publics, le 2 novembre 1897. Nous reproduisons ce rapport qui n'a été publié au *Journal officiel* que le 31 janvier.

Monsieur le Ministre,

L'article 5 du décret du Président de la République, en date du 23 février 1885, institue une Commission permanente (1) chargée de veiller aux prescriptions énumérées dans ledit décret : limitation de la quantité d'eau d'égout à répandre sur le sol à 40,000 mètres cubes par hectare et par an ; établissement d'un périmètre de protection autour du hameau de Villeneuve-la-Garenne, dans lequel il ne pourra pas être fait d'irrigations, et mission de contrôler la limite de saturation des terres et le degré de pureté des eaux déversées dans la Seine par les tuyaux de drainage.

La Commission s'est réunie le 24 mai et le 2 juin 1897, à l'Hôtel de Ville. Après s'être constituée définitivement dans sa dernière séance, elle a décidé de faire, le 20 juin, une visite des champs d'irrigation de la plaine de Gennevilliers. Avant d'exposer les résultats de cette première visite, il convient de préciser sommairement les principaux changements survenus depuis le vote de la loi du 4 avril 1889.

(1) Cette commission est composée de MM. Laurent-Cély, président ; Bourneville, secrétaire ; Bouvier, Lorieux, Proust.

C'est en 1867, il y a vingt ans, qu'ont eu lieu les premières expériences qui ont abouti à l'irrigation de la plaine de Gennevilliers. Quelques milliers de mètres cubes d'eau d'égout furent distribués en irrigation ou traités par des réactifs chimiques sur un champ d'essai où se voit aujourd'hui l'usine élévatoire. En 1869, une nouvelle expérience commença sur 6 hectares achetés par la ville de Paris, à l'origine de la plaine de Gennevilliers. « Les désastres de la guerre survinrent et bouleversèrent les premières installations. Elles furent remises en état dès les premiers mois de 1872 et, depuis lors, le service a fonctionné régulièrement. »

L'eau d'égout est amenée dans la plaine de Gennevilliers : 1° par un égout de 3.722 mètres de longueur, qui traverse la plaine de Saint-Ouen et amène, par la seule pesanteur, les eaux du collecteur départemental; 2° par le grand collecteur de Clichy, dont les eaux sont élevées par des machines à vapeur.

Depuis l'année 1889, où fut votée la loi autorisant les irrigations de la plaine d'Achères, jusqu'à la fin de 1896, peu de changements ont été apportés dans les ouvrages servant à la distribution des eaux d'égout. La longueur des conduites s'est augmentée de 1.277 mètres (en tout 49.999 m.) et la longueur des drains de 1.397 mètres (en tout 10,952 m.). Dix robinets ont été posés sur la canalisation en des points convenables pour partager la plaine irriguée en trois secteurs pouvant être isolés séparément afin de faciliter les réparations en cas d'accident sans interrompre le service et surtout de distribuer et répartir convenablement les eaux entre tous les cultivateurs.

En 1889, on a distribué 23,747,438 mètres cubes d'eau d'égout sur 787 hectares; en 1896, 29,468,546 mètres cubes sur 795 hectares. La quantité d'eau distribuée s'est donc augmentée de près de 6 millions de mètres cubes, tandis que la surface irriguée ne s'est accrue que de 8 hectares. La *dose moyenne* par hectare et par an a été, en 1896, de $\frac{29,468,546}{795}$, soit 37,067 mètres cubes, dose inférieure au chiffre de 40,000 m. c., fixé par la loi.

Le *nombre des bouches de distribution*, qui était de 806 en 1889, n'est plus que de 790, par suite de la suppression des irrigations dans le voisinage des habitations de Villeneuve-la-Garenne.

Le *service de distribution*, qui consiste dans la manœuvre des bouches pour envoyer l'eau dans les rigoles, est fait par vingt et un cantonniers.

Le *débit des drains* a augmenté proportionnellement au cube d'eau distribué dans la plaine.

Le tableau comparatif qui suit donne une idée exacte de la situation en 1889 et en 1896 :

DÉSIGNATION.	1889	1896
1 — Débit des collecteurs, rive gauche, par jour	348.503 m3	440.780 m3
2 — Surface totale irriguée...	787 h	795 h
3 — Cube d'eau déversé par jour (moyenne).........	65.061 m3	80.735 m3
4 — Cube d'eau déversé par an	23.747.438 m3	29.468.546 m3
5 — Surfaces arrosées par hectare et par jour.........	79 h	76 h
6 — Cube consommé par hectare irrigué et par jour .	824 m3	1.062 m3
7 — Nombre de bouches......	806	790
8 — Longueur des conduites..	48.722 m	49.999 m
9 — Longueur des drains.....	9.555 m	10.952 m
10 — Debit par jour des drains .	20.060 m3	27.750 m3

Parmi les renseignements capables de mettre en évidence l'innocuité des eaux d'égout quand les irrigations sont faites avec soin, ceux qui sont relatifs à la population et à la mortalité paraissent, à la Commission, d'une importance incontestable.

La *population* de Gennevilliers a suivi, depuis vingt-sept ans (1869-1896) une progression constante signalée dans les rapports à la Chambre des députés et qui a continué, ainsi que le démontrent les trois derniers recensements :

Recensement de mai 1886. . . . 4,378 habitants;
Recensement d'avril 1891. . . . 5,776 habitants;
Recensement de mars 1896. . . 7,776 habitants.

Il est de toute évidence que si l'utilisation agricole des eaux d'égout avait eu les inconvénients que le préjugé leur attribuait et n'avait pas eu, au contraire, pour heureuse conséquence d'augmenter le travail et, partant, la richesse, dans cette commune, la population, loin de s'accroître, aurait diminué.

Voici maintenant la statistique des *décès* depuis 1887 :
1887, 114; 1888, 117; 1889, 126; 1890, 137; 1891, 159; 1892, 138; 1893, 137; 1894, 154; 1895, 151; 1896, 128.

Durant l'année passée, la mortalité pour 7,368 hab. a été 129, soit 17,4 p, 1,000. D'après la *Statistique sanitaire des principales villes de France*, publiée par le Ministère de l'Intérieur pour l'année 1894, la dernière parue, la mortalité aurait été, pour 1,000, de 20,3 à Paris, 23,7 à Argenteuil, 23,2 à Asnières, 23,3 à Clichy, 36 à Saint-Germain.

Pendant cette même période (dix ans), la mortalité du fait des *maladies infectieuses* a été la suivante :

Fièvre typhoïde	48
Variole	6
Rougeole.	31
Scarlatine	7
Coqueluche	9
Diphtérie.	27
Diarrhée, gastro-entérite, dysenterie.	189
Maladies cholériformes	13
Choléra	0
Charbon	0

Ce qui fait, par an, pour chaque maladie infectieuse, une moyenne qui ne diffère pas sensiblement des villes d'égale population les mieux partagées.

Durant les quatre premiers mois de 1897, les *irrigations* n'ont pu être faites d'une manière normale, par suite de la crue persistante et très considérable de la Seine, telle qu'il n'en avait pas été observé depuis plus de vingt ans. Malgré cela, la proportion d'eaux d'égout déversée a été de 20,653 mètres cubes par hectare, c'est-à-dire la moitié du chiffre fixé par la loi. Malgré ces conditions exceptionnelles, il a été déversé, tant sur le sol de Gennevilliers que sur celui d'Achères, 29,941,232 mètres cubes d'eaux d'égout.

Nous aurions désiré mettre en regard de ce chiffre celui de la totalité des eaux d'égout débitées par les deux collecteurs; mais les crues du mois de février ayant empêché de préciser la quantité d'eaux d'égout de ce mois, nous ne pouvons faire une comparaison utile.

L'état général de la plaine, ainsi que la Commission, dans sa visite collective, et plusieurs de ses membres dans des visites individuelles l'ont constaté, est tout à fait satisfaisant. Nulle part il n'existe de mares stagnantes formées par les eaux d'égout. Les champs sont en général cultivés avec soin. On y voit les cultures les plus variées : des légumes de toute espèce, des plantes médicinales, des prairies, des pépinières, etc. Partout la végétation est vraiment luxuriante.

*

II.

Ceci dit, exposons la *situation actuelle*, c'est-à-dire à la fin de juin 1897. La *superficie des terrains irrigués* est de 795 hectares, sur lesquels il a été déversé 16,419,708 mètres cubes d'eaux d'égout du 1er janvier au 30 juin 1897. Ce chiffre est inférieur à celui de la période correspondante des années précédentes. Pour en fournir la raison et permettre d'avoir une idée exacte de la situation, la Commission a jugé utile de se renseigner sur le *débit des collecteurs*, sur les *irrigations* non seulement de Gennevilliers, mais encore d'Achères.

Ces renseignements sont résumés dans le tableau suivant :

DATES		DÉBIT collecteur	DÉVERSEMENTS	
			Gennevilliers	Achères.
1897.	Janvier......	15.743.629	2.636.363	2.336.225
	Février......	Crue de la Seine	1.394.964	548.502
	Mars.. . . .	12.340.728	1.919.232	2.648.367
	Avril	15.240.960	2.146.381	2.149.623
	Mai.. . . .	16.408.734	1.269.224	2.718.419
	Juin... . .	13.562.610	1.053.544	3.121.388
	Totaux. . . .	73.296.661	16.419 708	13.521.524

Le *drainage* de plaine paraît s'effectuer dans de bonnes conditions. L'eau qui en sort est claire et limpide. Le cresson y fructifie ; les poissons y vivent, ainsi que la Commission a pu s'en assurer au ruisseau constitué par l'écoulement du drain des Grésillons ou d'Asnières.

La Commission a examiné plus particulièrement la situation aux environs du pont d'Epinay. Là, sur le côté gauche, existait autrefois une décharge dans une cheminée en maçonnerie. Il en était résulté que certains s'imaginaient que les eaux d'égout déversées dans la plaine de Gennevilliers retournaient directement par cette voie dans la Seine. Pour couper court à cette fausse interprétation, la décharge a été supprimée. Maintenant la colonne en maçonnerie remplit simplement les fonctions de cheminée d'air au même titre que toutes les autres cheminées de la plaine. Les véritables drains aboutissent en Seine de chaque côté du pont et l'eau qui s'en écoule est semblable à celle du drain des Grésillons.

Les *recherches bactériologiques* faites régulièrement par M. le docteur Miquel sur les *eaux d'égout* et sur les *eaux des drains* mettent en évidence, d'une manière indiscutable, l'influence épuratrice opérée par le sol. Voici en premier lieu l'analyse des eaux d'égout.

MOIS.		BACTÉRIES PAR CENTIMÈTRE CUBE.			
		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
1897.	Janvier.	2.250.000	[illegible]	[illegible]	9.01[illegible]
	Février.	500.000	[illegible]	7.875.000	[illegible].85.000
	Mars...	1.250.000	11.500.000	[illegible]	[illegible]
	Avril	1.250.000	10.000.000	7.12[illegible]	[illegible]
	Mai.	[illegible]	[illegible]	[illegible].125.000	[illegible]
	Juin	8.250.000	18.[illegible]	3.2[illegible]	[illegible]

Mettons maintenant en face de ces analyses bactériologiques des eaux d'égout, les analyses bactériologiques des eaux des drains de la presqu'île de Gennevilliers :

MOIS.		DRAINS.			
		d'Asnières.	d'Argenteuil.	du Moulin-de-Cage	d'Epinay
1897.....	Janvier.. ...	3.250	31.250	»	»
	Février ...	»	»	»	»
	Mars... ..	8.750	»	»	7.500
	Avril . ..	750	1.000	»	»
	Mai.....	5.750	»	1.000	»
	Juin..... ..	125	500	»	1.535
	Année moyenne..	1.480	5.580	12.320	8.750

La comparaison de ces deux tableaux est si démonstrative qu'il est superflu d'insister. Ces résultats du premier semestre 1897 corroborent ceux de l'année 1895, durant laquelle la teneur microbienne des eaux des drains de la presqu'île de Gennevilliers a été sans exception inférieure aux moyennes calculées pour les années antérieures. Il n'est pas inutile de faire observer, dit M. le docteur Miquel, que plusieurs de ces eaux de drains se rapprochent par leur chiffre des eaux de source distribuées à la population parisienne; en tout cas, ces eaux sont une dizaine de fois moins impures que l'eau de la Marne et l'eau de la Seine prélevées en amont de Paris (1).

Pour être complète, il ne reste plus à la Commission qu'à indiquer l'action de l'épuration par le sol sur le degré d'infection de la Seine, et, dans ce but, il nous suffit de donner le tableau du nombre des bactéries, par centimètre cube, des eaux de la Seine prélevées en divers points de son parcours durant l'année 1896 et les neuf premiers mois de 1897 :

LIEUX des prélèvements.	1896	1897
Asnières....	136.125	111.670
Saint-Ouen .	1.306.000	664.160
Saint-Denis (R. D.	1.830.000	223.300
Saint-Denis (R. G.) ..	1.480.000	242.500
Epinay (R. D.)... .	2.994.000	1.376.000
Epinay (R. G.).	750.000	763.300
Amont de Bezons.	2.225.000	1.181.600
Bougival........	1.863.000	158.340
Pont de Conflans	333.300	141.700
Pont de l'Oise..	155.750	71.200
Meulan-Mézy	180.625	185.400
Mantes.......	175.000	130.440
Vernon	»	28.500
Les Andelys	»	7.500

La Commission doit faire remarquer qu'en amont de Bezons, là où la Seine est à son comble d'infection, le chiffre des bactéries passe de 5,496,000 en 1894 à 1,181.000 en 1897, suivant une progression sans cesse décroissante. Il en est de même à Bougival, où le chiffre des bactéries tombe de 3,450.000 en 1894 à 158,340 en 1897. Il en est de même aussi au pont de Conflans. Disons enfin qu'aux Andelys la Seine se montre beaucoup plus pure en bactéries qu'au confluent de l'Yonne. L'expérience en cours : *Tout à l'égout, rien au fleuve, tout à la terre*, montre que, au fur et à mesure que s'étendront les champs d'épuration agricole, l'infection de la Seine ira s'atténuant progressivement et enfin disparaîtra.

(1) *Annuaire de l'Observatoire municipal de Montsouris*, pour 1897, p. 100.

En résumé, la Commission a constaté :

1° Que la quantité d'eau déversée dans la presqu'île de Gennevilliers restait dans les limites fixées par la loi ;

2° Que le périmètre de protection établi pour le hameau de Villeneuve-la-Garenne est respecté ;

3° Que l'eau des drains est claire, limpide et que le nombre des bactéries qu'elle renferme se rapproche de celui des eaux de source et que, par conséquent, l'épuration s'opère complètement.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Enseignement de l'Hygiène au Village.

Chacun sait que, dans un grand nombre des écoles communales de garçons, se font le soir des cours spéciaux, qu'on appelle des cours d'adultes. Depuis quelque temps, on a institué, avec raison, des cours analogues dans les écoles de filles ; et il est à souhaiter que cette innovation acquière l'extension qu'elle mérite.

Là où les divergences d'opinion commencent à se faire jour, c'est lorsqu'il s'agit de régler le programme de ces cours. Que faut-il enseigner à une jeune fille de 15 à 20 ans, en dehors, bien entendu, des connaissances indispensables à toute personne de cet âge ? Evidemment les notions élémentaires dont elle aura besoin quand elle sera devenue à son tour une mère de famille ! Parmi ces notions indispensables, il faut citer en première ligne l'hygiène des mères et des bébés ; et nous voulons nous borner ici à ces seuls points, pour ne pas sortir de notre domaine accoutumé.

Il faut avoir pratiqué la médecine dans nos villages perdus du fond de la Bretagne et de la Vendée pour comprendre l'intérêt social qu'il y a à engager les jeunes paysannes, sachant aujourd'hui presque toutes lire, à suivre ces cours du soir, dans les écoles de leurs bourgades, cours pendant lesquels on les initierait aux soins élémentaires de propreté et surtout à la façon dont il convient d'alimenter les petits enfants. Dans les campagnes, en effet, les erreurs d'alimentation sont vraiment extraordinaires et on demeure stupéfait quand on constate jusqu'à quel point peuvent aller l'ignorance et l'incurie des mamans les mieux intentionnées.

Il est un excellent moyen d'intéresser, même les femmes, à ces cours du soir et les y faire assister. C'est, non point d'organiser des conférences théoriques à grand orchestre, avec maire et député à l'appui, comme on le fait trop — jusqu'au village l'orateur veut pontifier ! —, mais de simples causeries, accompagnées de projections intéressantes. Ce système, organisé en particulier dans l'Ouest par la *Société pédagogique*, donne d'excellents résultats aux divers cours du soir. Jeunes gens et jeunes filles y viennent avec plaisir voir la lanterne magique et les images variées qu'elle fournit. Ils se figurent qu'ils vont au spectacle ou dans une baraque de foire. Qu'importe, pourvu que le but soit atteint !

Pour ce qui concerne l'hygiène des mères et des enfants par exemple, il suffirait de confier à chaque instituteur quelques plaques relatives à ce sujet ; comme dans presque toutes les écoles il y a actuellement de ces appareils à projections, on obtiendrait de la sorte un enseignement gratuit, qui porterait rapidement ses fruits. Comme ces plaques pourraient circuler d'écoles en écoles, par l'intermédiaire de la Société pédagogique ou d'une autre institution analogue, on n'aurait besoin d'en faire faire qu'un très petit nombre : ce qui entraînerait à des frais de premier établissement très minimes. Les sociétés d'hygiène et en particulier la *Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle* s'honorerait certainement, en prenant en l'espèce une initiative très éclairée. Elle rendrait un service immense à tout le pays à l'aide d'une très légère mise de fonds. Nous souhaitons en tous cas qu'elle s'intéresse à cette idée dans la mesure de ses moyens : car nous savons qu'ils sont grands ! Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 janvier 1898.

La tyrosine, vaccin chimique du venin de vipère.

M. PHISALIX. — Dans une récente communication (1), j'ai montré que la cholestérine extraite des calculs biliaires exerce vis à vis du venin de vipère une action immunisante bien marquée. La cholestérine végétale, découverte par M. Arnaud dans la carotte, possède les mêmes propriétés. L'explication de ces faits soulève de nombreux problèmes. Mais, avant de les aborder, j'ai cherché s'il n'existerait pas d'autres vaccins chimiques dans les composés organiques définis extraits des végétaux et des animaux. Parmi ceux-ci, il en est un qui joue un rôle capital dans la constitution des matières albuminoïdes dont il constitue le noyau : c'est la tyrosine. Ce corps existe en grande abondance dans certains végétaux, particulièrement dans les *tubercules de dahlia* et dans un champignon, la *russule noircissante*. C'est de ces végétaux que M. G. Bertrand l'a retiré à l'état de pureté parfaite (2). Il a bien voulu m'en donner la quantité nécessaire pour l'étude dont je vais exposer les principaux résultats.

Les animaux inoculés avec une émulsion de tyrosine dans l'eau peuvent être éprouvés au bout de 24 ou 48 heures avec une dose de venin mortelle en 5 à 6 heures pour les témoins : ils n'éprouvent pas de symptômes généraux d'envenimation ; la température ne s'abaisse pas, toutefois quelques accidents locaux peuvent se manifester. Il suffit de 5 milligrammes de tyrosine pour vacciner un cobaye, mais on comprend que l'immunité est plus ou moins forte et durable suivant la dose. En général, avec 10 à 20 milligrammes l'immunité est déjà très prononcée au bout de 24 heures ; elle peut durer encore après 25 jours. Quelquefois cependant elle a disparu vers le quinzième jour.

Injectée en même temps que le venin, mais dans un point différent du corps, la tyrosine peut retarder la mort de plusieurs heures, mais elle est incapable de l'empêcher : elle n'est donc pas antitoxique. Elle n'est pas non plus un antidote chimique : mélangée au venin, elle ne le détruit pas et le mélange est aussi toxique que le venin seul.

De tous ces faits, il ressort clairement que *la tyrosine peut être considérée comme un nouveau vaccin chimique du venin de vipère.* En ce qui concerne la tyrosine des tubercules de dahlia, il était naturel de penser que le suc des tubercules où elle est en dissolution devait aussi se comporter comme un vaccin. C'est en effet ce qui a lieu. Il suffit de un à deux centimètres cubes de ce suc fraîchement exprimé pour vacciner un cobaye contre une dose mortelle de venin. Or, si la tyrosine seule agissait, il faudrait 10 cc. environ de ce suc, puisque, d'après M. Bertrand, la tyrosine s'y trouve dissoute dans la proportion

(1) *Comptes rendus Ac. des Sciences*, 13 décembre 1897.
(2) *Soc. chimique de Paris*, t. XV, p. 793, 1896.

de 1/2 gramme par litre et qu'il en faut 5 milligrammes pour produire l'état vaccinal. Il est donc probable que d'autres substances confèrent au suc de dahlia ses propriétés antivenimeuses. La composition de ce suc est, du reste, très complexe, et son étude physiologique exige de nouvelles recherches. En attendant, il était intéressant de signaler ce fait comme *le premier exemple connu d'un végétal dont le suc cellulaire est doué de propriétés immunisantes contre un venin.*

Fonction martiale du foie chez les Vertébrés et les Invertébrés.

M. Dastre. — Par un procédé fondé sur la colorimétrie du sulfocyanate ferrique, que M. Lapicque a fait connaître, on peut doser exactement la quantité de fer contenue dans le foie. Cet organe contient quatre à vingt-cinq fois plus de fer que le reste du corps chez les invertébrés (crustacés, mollusques). Le tissu hépatique de ces animaux, au contraire du sang, ne contient pas de cuivre. Le métal du foie est indépendant du pigment métallique du sang. Le fer hépatique passe dans la sécrétion du foie. On le trouve, notamment, dans la sécrétion hépatique pure de l'escargot en hibernation. La conséquence la plus générale de ces faits, c'est de justifier l'existence d'une *fonction physiologique du fer hépatique*. Chez les mammifères, il y a trois organes ferrugineux : le sang, la rate, le foie. On croit que le fer existe pour le sang et par le sang. Or, d'après ce qui existe chez les invertébrés, il est certain que tout le fer du foie ne vient pas du pigment sanguin. Chez les vertébrés, indépendamment de la *fonction martiale*, commune à tous les animaux, il y a une fonction *hématique* du foie, que seule on connaissait jusqu'ici.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 février. — Présidence de M. Bourquelot.

MM. Bourges et Méry ont étudié le *séro-diagnostic de la morve* et ont constaté que les bacilles morveux ne s'agglutinaient que difficilement avec le sérum de cobaye infecté, et pas du tout avec le sérum de cobaye sain. La réaction est extemporanée ; l'agglutination se fait par petits amas ; elle est néanmoins très nette. Le sérum de cheval morveux provoque la même agglutination.

M. Phisalix rapporte un cas d'*absence de la veine cave inférieure* avec persistance de la veine cardinale gauche.

M. Phisalix a continué ses recherches sur l'*action antitoxique des sels biliaires*; et il a constaté que cette action s'étendait aux venins d'un certain nombre de serpents exotiques.

M. Vaquez, après avoir critiqué les différentes méthodes propres à *évaluer la résistance des globules rouges* du sang, décrit son procédé basé sur l'étude comparative de solutions titrées de chlorure de sodium, qui décolorent les globules rouges. Avec une échelle de 16 solutions, on peut trouver très facilement en clinique la valeur isotonique des globules rouges.

M. Delestre a observé une *pneumonie double à pneumocoques de Talamon-Frænkel* chez une femme enceinte de sept mois. L'accouchement fut pratiqué, l'enfant vivait, mais il succomba le troisième jour avec une pneumonie et une méningite à pneumocoques, de même nature que celle de la mère.

M. Féré rapporte un cas de *défaut d'association des mouvements réflexes des yeux* chez un épileptique en état de stupeur post-épileptique. A. P.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 février 1898. — Présidence de M. Berger.

La séance a été ouverte par une allocution du nouveau Président annuel, M. le Dr Berger.

M. Potherat fait une communication sur le *traitement des abcès du foie*. L'orateur fait remarquer que le cas de mort signalé par M. Lafourcade à la suite de l'incision d'un abcès suivie elle-même de cholérrhagie, ne pouvait pas être considéré comme pouvant survenir fréquemment. On peut quelquefois constater dans les premiers jours un léger écoulement de bile ou un mélange de bile et de pus; mais cela ne mérite pas le nom de cholérrhagie, quoique la quantité de bile puisse encore être assez abondante. Au contraire, la cholérrhagie s'observe quelquefois après l'ouverture d'un kyste hydatique. La raison de cette différence, suivant qu'il s'agit d'abcès ou de kyste, paraît tenir à ce que la paroi de l'abcès est formée d'un tissu épais et sclérosé, qui se laisse difficilement entamer et il faut supposer un arrachement d'une portion de cette paroi pour que la bile apparaisse, tandis que dans la paroi du kyste on observe parfois des hernies de canaux biliaires ampulliformes qui cèdent facilement et se déchirent en déversant leur contenu dans la cavité kystique. Le point sur lequel l'orateur est en désaccord avec M. Lafourcade est le suivant : d'après M. Lafourcade, la cholérrhagie aurait été la cause de la mort de son malade; or, un écoulement de bile peut durer longtemps et être très abondant, sans provoquer la mort.

On en a cité des cas à la suite de l'ouverture de kystes, et, personnellement, l'orateur a un malade, qui en perd depuis des mois sans que son état général s'en ressente. On en a, il est vrai, publié un cas de mort en 1890; mais il y avait eu de la septicémie; aussi la conclusion est-elle attaquable. Quant au malade de M. Lafourcade, il n'est pas sans intérêt de relever qu'il était âgé et que l'opération a été longue et importante, ce qui peut être de quelque valeur dans l'issue fatale qui est survenue. Il est difficile d'empêcher ou de prévenir cette cholérrhagie. Pour en diminuer la gravité, il est bon d'inciser largement et d'aller par le chemin le plus direct à la recherche de la collection. En tous cas, l'orateur considère la cholérrhagie comme un accident ordinairement insignifiant, quelquefois sérieux, très rarement grave.

M. Picqué fait un rapport sur une observation adressée par M. Chevassu et relative à un *tératome du testicule gauche*. Ablation de la tumeur avec conservation du testicule. Guérison. Le diagnostic avait été fait avant l'intervention, et l'on sait combien sont rares ces tumeurs. En palpant le scrotum, on avait la sensation de trois tumeurs : l'une inférieure, le testicule; une deuxième, supérieure, dure, bosselée et indolente; et une troisième, moyenne, kystique. L'opération a montré qu'elle était entourée par l'albuginée; elle a été facilement séparée du testicule, décortiquée et enlevée et la guérison par première intention a été obtenue. Verneuil, dans un mémoire à la Société de Chirurgie, déclarait que les tératomes intra-testiculaires n'existaient pas. C'est pour répondre à ce mémoire que l'observation de M. Chevassu méritait d'être publiée. Elle est un fait histologiquement démontré de cette situation intra-testiculaire du tératome. Ce tératome lui-même était composé des tissus les plus variés. On y trouve des organes ou des rudiments d'organes, des fibres musculaires, du tissu muqueux, des glandes acineuses, du tissu cartilagineux, un os complet, des vaisseaux. Trois cas de tumeurs semblables ont été signalés par Velpeau, Berger et Le Dentu.

M. P. Reynier fait une communication sur la *suture osseuse pour luxation de l'extrémité externe de la clavicule.* Il s'agissait d'une luxation sus-épineuse qui donnait l'apparence trompeuse d'une luxation de l'épaule. On pouvait réduire cette pseudo-luxation par des tractions ; mais tout se reproduisait dès qu'on lâchait l'épaule. L'auteur fit alors la suture et constata que la réduction était rendue impossible par la présence d'un faisceau musculaire interposé entre la clavicule et l'acromion. Actuellement le malade est parfaitement guéri et tous les mouvements sont revenus.

Présentations.

M. Kirmisson. — *Enfant atteint d'ostéo-arthrite tuberculeuse du poignet.* Conservation. Traitement par les rayons X et la compression. Guérison.

M. Ricard. — *Pylorectomie pour cancer de l'estomac.* Guérison.

Elections.

Au cours de la séance, la Société a nommé deux membres associés étrangers et quatre correspondants étrangers.

MM. ANNANDALE (de Londres) et JULLIARD (de Genève), sont nommés membres associés. Membres correspondants : MM. BRUN, LEVCHEV, GIRARD, BOBROFF.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séances des 20 janvier et 3 février 1898.
PRÉSIDENCE DE M. G. HERVÉ.

M. THIEULLEN donne lecture d'un long mémoire sur les *outils en pierre des hommes des âges paléolithique et néolithique*. Il pense que ceux-ci utilisaient un grand nombre de silex auxquels ils ne donnaient nullement les formes reconnues jusqu'ici, qu'ils ne travaillaient pas suivant les tailles classiques. Il a recueilli près de 100.000 de ces pierres dans les graviers et sables dragués qui sont amenés sur nos quais et utilisés dans nos rues. Il en montre quelques milliers de toute taille et de toute forme. Tels sont pour lui les outils usuels de nos ancêtres. Ceux recueillis jusqu'ici par les collectionneurs, seraient, prétend-il, des œuvres d'art, rares et précieuses. Malheureusement sa propre conviction, conviction très entraînante d'ailleurs, est à peu près la seule preuve de ce qu'il avance. Toutes ses pièces portent bien des cassures, et un grand nombre d'entre elles affectent des ressemblances évidentes avec des armes et des outils ; elles ont pu être utilisées. L'ont-elles été ? Nous ne le savons pas et peu importe. Toute la question est de prouver que leurs cassures sont l'œuvre de l'homme, qu'elles n'ont pu être produites que de mains d'homme. Or M. Thieullen n'a même pas essayé de le prouver. Et jusqu'à nouvel ordre on ne peut se dispenser de dire que la grande majorité des pièces qu'il a récoltées ne portent pas cette marque évidente de travail intentionnel sans laquelle les silex, si intéressant que soit leur aspect, ne méritent nullement d'être conservés. Nos sauvages actuels ont généralement des outils et armes en petit nombre, toujours les mêmes; ils leur donnent des soins attentifs et arrivent même dans leur fabrication à une perfection surprenante. Nos ancêtres devaient faire de même et c'est ainsi que s'explique la beauté souvent grande de leurs armes en silex. Celles-ci au surplus, ne sont pas tellement rares quoiqu'en pense M. Thieullen, eu égard à la faible étendue de leurs gisements mis à découvert, et le très petit nombre des tribus humaines quaternaires.

M. LEDOUBLE offre son ouvrage, en deux volumes, sur les *anomalies musculaires*. Cet ouvrage, enrichi d'un grand nombre d'observations nouvelles, est par là en avance sur celui de M. Testut. M. Ledouble y a abordé franchement l'objection qui avait soulevée ce genre de recherches. Car qu'appelle-t-on anomalies? Ce qui diffère des descriptions classiques. On suppose celles-ci basées sur l'observation de la grande majorité. A combien de dissections répondent-elles cependant? A un petit nombre souvent. Pour mériter le qualificatif d'anormales, telles ou telles dispositions musculaires ne devraient se rencontrer qu'exceptionnellement dans tous les cas observés et dans tous les cas observables. On ne devrait donc les classer ainsi qu'après avoir mis en regard du nombre des cas où on les a observées, le nombre de ceux où l'on a observé des dispositions dites normales. C'est ce travail qu'a entamé M. Ledouble. Et il a déjà reconnu que bon nombre de ces soi-disant anomalies musculaires se présentent aussi fréquemment que les dispositions classiques. Ce sont autant d'anomalies ramenées à de simples cas de variabilité. La Société anatomique de Londres a compris toute l'utilité d'une tâche pareille, d'ailleurs si difficile à mener pour un seul homme. Elle dresse une statistique des anomalies musculaires, considérées proportionnellement aux individus disséqués.

M. CRIANZE offre sa thèse sur l'*hémimélie* qui, par une exception rare, a obtenu la note très bien. Il s'est servi de la radiographie dans ses recherches. Et il offre la photographie de la radiographie d'un cas d'ectrodactylie, et d'un cas d'hémimélie. Dans ce dernier cas, le membre avant-bras gauche, se termine par une masse charnue ornée en dedans et en haut d'un petit appendice digitiforme. Cependant la radiographie révèle que les os du carpe eux-mêmes (sauf un) manquent.

M. Crianze s'abstient toutefois de formuler des conclusions définitives sur les causes de telles monstruosités.

M. D'ECHÉRAC raconte les origines toutes naturelles de légendes relatives à l'*achat d'enfants par le diable*, légendes qui s'attachent à la présence de blocs de grès, comme il en a vu dans une vieille église de Bretagne.

M. DENIKER fait connaître les *études anthropométriques* toute récentes qui ont ont été poursuivies en Portugal. Ce sont les premières en leur genre en ce pays. Leurs résultats sont précieux. A propos de certains d'entre eux, M. HERVÉ rappelle que les Portugais ont introduit chez eux un grand nombre de nègres, ramassés sur les côtes occidentales de l'Afrique. Jusqu'en plein XVIIIe siècle, toute la domesticité à Lisbonne se composait de nègres et de négresses. Z.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 3 février 1898. — PRÉSIDENCE DE M. VERCHÈRE.

L'allongement immédiat produit par les manœuvres de redressement dans la déviation de l'épine dorsale (mal de Pott et scoliose) et les modifications de l'état général et en particulier de l'accroissement de la taille dans les mois qui suivent le redressement.

M. Ch. LEVASSORT conclut ainsi. Il y a lieu de distinguer dans l'allongement qui suit les manœuvres de réduction du mal de Pott et de la scoliose, ce qui est dû à l'intervention et ce qui se rattache à la croissance. 2° Dans le mal de Pott l'allongement est toujours moins important que dans la scoliose où il atteint 10, 12, même 16 centimètres. 3° Ce qu'on obtient dans le mal de Pott demeure généralement acquis; dans la scoliose il se produit un tassement. 4° Dans le mal de Pott après redressement, l'amélioration de l'état général est frappante. M. Levassort présente une pottique redressée le 17 avril 1897, chez laquelle les résultats sont excellents : souplesse de la colonne, rectitude, etc.

M. BILHAUT a fait connaître le résultat des recherches qu'il poursuit sur l'allongement de la taille après redressement. C'est à tort que les auteurs ont insisté sur l'effondrement des corps vertébraux. Dans les gibbosités non anciennes, la radiographie permet de constater souvent la conservation des corps vertébraux, les cartilages intervertébraux ayant seuls disparu. Les lésions tuberculeuses peuvent donc atteindre l'appareil ligamenteux et respecter le squelette osseux comme dans d'autres arthrites tuberculeuses. Les radiographies montrent ce que vaut le redressement et en feront saisir les avantages.

REVUE de LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE et RHINOLOGIE

Rédacteur spécial : Dr BARATOUX.

I. — La ponction de la fenêtre ronde dans les vertiges, bourdonnements et quelques affections du labyrinthe; par RICARDO BOTEY. — *Congrès de Moscou*, 1897).

I. — Dans un premier mémoire, l'auteur disait que même quand la fenêtre ronde n'est pas visible, on peut toujours le deviner, car elle est située en arrière et en bas d'un rebord saillant en arc en guise de rebord orbitaire que forme le promontoire à sa portion postéro-inférieure. « Avec ce point de repère, en bordant la tige de la petite canule en arrière à 10 ou 12 centimètres de la pointe, et en tenant bien compte que la membrane ronde est située en dessous du petit arc, dans une position, non verticale, mais très oblique, presque horizontale, avec ces données et le toucher servant de guide, on pénètre à travers la fenêtre ronde sans la voir, en suivant le bord concave postéro-inférieur de cet arc avec la pointe de l'instrument. Celui-ci doit perforer de front cette membrane qui regarde en bas, en dehors et en arrière; pour cela la pointe se dirige en haut et un peu en arrière, puis en avant et au moment de cette perforation le doigt perçoit une sensation spéciale, quand la pointe pénètre dans la rampe tympanique du limaçon. L'auteur se sert du trocart à pointe effilée et coudée à angle obtus à 2 millimètres de son extrémité. De nouvelles recherches permettent à l'auteur de conclure qu'on peut, en prenant de rigoureuses précautions antiseptiques,

perforer et même déchirer la membrane ronde de la tumeur, aspirer une petite quantité de périlymphe, sans le moindre danger d'infection ou d'altération grave de l'acuité auditive. Lorsqu'il existe des symptômes évidents d'excès de pression intra-labyrinthique, la ponction et l'aspiration influencent favorablement les bourdonnements et les vertiges, mais elles n'améliorent ni empirent l'état de l'audition, quand l'affection est chronique. Dans les infiltrations aiguës du labyrinthe, la ponction réussit à merveille, surtout si l'organe de Corti et d'autres terminaisons sensorielles n'ont souffert que d'une compression passagère. En supposant qu'avec le stylet on déchire l'extrémité vestibulaire des trois rampes du limaçon, les délabrements se produisent par des troubles importants, surtout dans le cas où le labyrinthe est altéré dans sa structure, ce qui se produit dans la plupart des cas de sclérose avancée.

II. — Indicaciones y contraindicaciones del tratamiento quirurgico en la tuberculosis laringea y resultado que de el pueden esperarse: par RICARDO BOTEY. — *Congrès de Moscou*, 1897.

II. — Le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée est contre-indiqué dans les formes aiguës; il en est de même quand l'infiltration est généralisée à presque tout l'organe. Il en est tout autrement dans le lupus du larynx, dans la tuberculose ulcéro-végétante et polypoïde, dans les infiltrations hémilatérales ou localisées et dans les infiltrations ulcéreuses limitées à une moitié de l'organe. Les scarifications sont inutiles et l'électrolyse lente est parfois nuisible. Le galvanocautère peut être employé dans le lupus. Par les procédés chirurgicaux on obtient un soulagement et une amélioration notable et même la guérison.

III. — Eclairage par contact du sinus maxillaire ou éclairage retro-maxillaire; par ESCAT. — *Société Française d'otologie*, 1897.

III. — L'auteur emploie une lampe de 3 ou 4 volts, qu'il place dans la fossette retro-maxillaire. Il faut que le sujet tienne la bouche demi-ouverte, les arcades dentaires restant séparées en avant d'un centimètre.

On écarte la joue pour glisser la lampe le long du bord alvéolaire au-delà de la dernière molaire supérieure; l'ouverture de la capsule contenant la lampe est tournée vers la face postérieure du maxillaire supérieur, on l'y maintient appliquée de façon à rendre le contact aussi intime que possible. Si le sinus est normal, il s'éclaire, on voit deux taches rouges lumineuses, l'une répondant à la paupière inférieure et ayant la forme d'un croissant, l'autre sous-jacente à la première et répondant à la face jugale du sinus, un peu moins brillante, mais plus étendue.

IV. — Conférences sur l'otologie dans ses rapports avec les maladies du système nerveux; par GELLÉ. — *Tribune Médicale*, 1897.

IV. — Le Dr Gellé dit que pour étudier avec fruit les rapports de la pathologie otologique et des neuropathies, il est nécessaire de posséder de sérieuses connaissances de pathologie générale. C'est le résumé de la première conférence. Dans la suivante, il étudie l'organe et les fonctions de l'ouïe, et dans la dernière, il résume le développement de l'organe de d'audition chez les animaux et chez l'homme. Chez les mammifères, le nerf acoustique, comme la plupart des nerfs craniens, naît de la moelle allongée (cerveau postérieur fœtal), laquelle préside à tous les mouvements involontaires.

V. — Contribution à l'étude des affections auriculaires chez les goutteux ou les individus de race goutteuse; par GELLÉ fils. — Paris, Maloine, éd., 1897.

V. — L'oreille du goutteux peut être touchée dès la première enfance; dans ce cas, l'otorrhée est particulièrement tenace. Si l'otite est simplement fluxionnaire, le processus se localise généralement à l'attique et à la chaîne des osselets et plus tard on observe la sclérose avec infiltration calcaire de la membrane tympanique et épaississement du manche. Le prétendu vertige goutteux n'est le plus souvent qu'un vertige *ab aure læsa* méconnu; si l'on examine l'oreille, on trouve presque toujours des lésions otiques suffisantes pour expliquer les bourdonnements et les vertiges.

VI. — Les exercices acoustiques dans la surdi-mutité et dans surdité acquise; par V. URBANTSCHITSCH. Trad. par EGGER. — Paris, Maloine, éd., 1897.

VI. — Après un historique les plus complets, l'auteur donne la description de sa méthode, exercices en prononçant les voyelles *a* et *o*, en utilisant les sons de l'accordéon, au début, puis exercices avec les autres voyelles, les consonnes, les mots faciles à comprendre, de courtes phrases. On poursuit ensuite le développement graduel d'images auditives dans les cas d'audition complètement fausse au début, dans les cas de confusion avec les mots de même consonnance. Il est difficile de résumer cette première partie de l'ouvrage dans laquelle l'auteur étudie l'influence des exercices acoustiques méthodiques sur le sens de l'ouïe des sourds-muets en passant tour à tour en revue l'intensité du son, la vitesse de la prononciation, l'influence et hauteur du son, sur la capacité acoustique, les oscillations dans l'acuité auditive, le mode d'influence des exercices acoustiques sur le sens audilif, la durée de l'application et la valeur des exercices acoustiques. Dans la deuxième partie, le Dr Urbantschitsch s'occupe de l'influence des exercices acoustiques méthodiques sur le sens de l'ouïe les personnes devenues très dures d'oreille ou sourdes à un âge avancé.

VII. — Hygiène d'oreille et des sourds; par GELINEAU. — Paris, Maloine, éd., 1897.

VII. — Après la description anatomique et physiologique de l'oreille, l'auteur étudie l'hygiène du nouveau-né, de l'enfant, de l'adulte et du vieillard. L'oreille du nouveau-né est remplie de *vernix caseosa*, dont il faut la débarrasser sous peine d'inflammation du tympan, de tumeurs molluscoïdes ou de cholestéatomes?? Les chapitres suivants sont consacrés à la thérapeutique : injections et insufflation d'air dans l'oreille moyenne, les tympans artificiels, cornets acoustiques et audiphones, à la surdi-mutité. Enfin, ce petit volume se termine par un chapitre dans lequel l'auteur essaie de mettre en garde ses lecteurs contre certaines coutumes inconsidérées, répandues partout et offrant souvent des dangers.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène appliquée. Assainissement de la province de Mendoza; par le Dr E. CONI. — Buenos-Aires, 1897.

Un superbe volume grand in-8 de 700 pages avec nombreuses figures, vues, cartes, plans et graphiques en couleur hors texte.

Cet ouvrage montre comment, en quinze mois, une organisation excellente et complète peut être donnée à une grande ville qui en était totalement dépourvue. De 1890 à 1895, Mendoza avait subi un déficit numérique de population de 8 0/0 et la mortalité infantile avait été de 4.294 sur un total de 7.420 décès. La qualité médiocre, et surtout la quantité insuffisante de l'eau de boisson poussant les habitants à consommer celle des canaux ouverts Tajamar et Zanjon ; l'absence d'égouts; l'insalubrité des matériaux de construction (pisé de boue riche en colonies microbiennes); l'orientation défavorable jointe à la sécheresse et à l'inégalité du climat; le mauvais pavage qui retient l'eau et la poussière ; l'absence de services sanitaires et l'insuffisance de l'Assistance publique sont surtout incriminés. En 1895, le Dr E. Coni est placé à la tête d'une *Direction générale d'Assainissement*. On lui adjoint un secrétaire, un comité consultatif, des ingénieurs, un géologue, un météorologiste, un personnel secondaire nombreux et des crédits importants, ce qui a permis la création d'un bureau provincial de chimie (laboratoire municipal); d'un institut vaccinal obligatoire et gratuit; d'un bureau de statistique générale; d'un service de désinfection publique, construit sur un plan spécial des plus ingénieux et muni d'un outillage fort intéressant; de services de contrôle et d'inspection des viandes, des marchés, des bains, des habitations, des écoles; d'un service de transport des contagieux; d'un office de la voirie, des chiens errants; de

conférenciers populaires pour vulgariser les principes d'hygiène. La ville (30.000 habitants) repose sur un sol dont les couches (terre, argile, sable, graviers, galets, débris de roches) sont d'origine glacière et alluvionaire et contiennent des gaz irrespirables. Les eaux descendent des Cordillères et sont plus ou moins minéralisées. Température moyenne d'hiver, juin et juillet + 7° et d'été, décembre et janvier + 25°; moyenne annuelle + 16; minima juin — 8°,4 et maxima décembre + 41°,5; écart 49°,9. Baromètre minimum 678,6 en décembre; maximum 711, 4 en août: écart 32,8. Humidité relat. max. 73,1 en avril, min. 55,8 en décembre. Pluie insuffisante, moyenne annuelle : mm. 162,9. Vents dominants, sud et sud-est défavorables.

Allongée du sud au nord et uniformément inclinée vers le nord-est, la ville est bordée et traversée par les canaux ouverts Tajamar et Zanjon ; elle est divisée par ses rues en carrés parfaits égaux. Les 9,099 arbres trop serrés ont été régulièrement distribués et entretenus ; on a établi un système méthodique et rigoureux d'enlèvement des résidus domestiques. Leur destruction par le feu s'opère dans des fours à quatre cellules d'un type spécial. Après un court séjour à l'air, ces résidus passent de la terrasse de dessication dans les soupiraux d'alimentation des foyers, où, grâce à leur auto-combustibilité, ils produisent seuls la chaleur qui actionne les jets de vapeur pour activer le tirage de la cheminée d'appel et les moulins pour pulvériser les scories. En dehors du classement et recensement annuels des habitants et de leur contenu, chacune est tenue d'avoir un égout particulier, allant à celui de la rue et des latrines à fosse de 20 mètres de profondeur, 1 m. 40 de diamètre, à fond libre et à parois de maçonnerie étanche. La pierre et le mortier de chaux sont obligatoires pour toutes les constructions. Parmi les divers services basés sur les meilleurs modèles de l'Europe ou de l'Amérique, écoles, cimetières, etc., à noter surtout la fiche d'identité et de filiation que chaque vache de laiterie doit avoir; la substitution de l'abatage mécanique avec ponction bulbaire à l'ancienne énervation dans les abattoirs publics obligatoires; la substitution de l'oxyde de carbone à l'acide carbonique pour l'asphyxie des chiens non réclamés à la fourrière (service qui a rapporté 844 fr. la première année); la construction d'une prison cellulaire rayonnée, genre Mazas, et d'un hôpital modèle (voir les plans). L'Institut Pasteur fonctionne depuis 1887 et a traité, sans aucun décès, jusqu'en 1896, 61 personnes mordues depuis moins de 20 jours par 60 chiens et 1 chat reconnus enragés. Les nouvelles eaux potables prises au Rio-Mendoza traversent des bassins de clarification nettoyés tous les deux jours et munis d'un canal de décharge avant d'arriver par une canalisation couverte à 4 filtres, dont 3 fonctionnent pendant que l'un d'eux est en nettoyage. La filtration encore trop rapide (1 m. 80 par heure) et ne retenant pas tout à fait 94 à 98 0/0 des bactéries se fait par une couche graduée de 90 centimètres de sable. Ce service devra fournir 160 litres par tête pour une population présumée (à venir) à 100.000 habitants; des analyses périodiques sont affichées avec avis selon le cas de pratiquer le filtrage particulier; il est interdit de boire l'eau des canaux ouverts.

Le pavage, refait en chaussées convexes, grâce à la pente de la Ville, permet l'écoulement des eaux de pluie que les égouts n'ont pas à recevoir. Le type d'égouts adopté (Nyströmer 1888) est un *système tubulaire* en béton et en terre cuite suivant le calibre exactement calculé pour chaque situation : grands collecteurs 0m61; petits collecteurs 0m53; égouts de rue 0m31 à 0m20; égouts de maison 0m15 à 0m10. Chaque habitation possède un branchement à siphon. A chaque carrefour se trouve un regard mesurant en profondeur 1m37 évasé à la base et recevant, en haut, un tuyau de lavage et un tuyau d'évent, et, en bas, trois égouts d'arrivés et un de décharge allant au collecteur et muni d'une valve. L'*épandage*, très apprécié, se fait sur un terrain de 200 hectares (100 auraient suffit pour 30.000 hab.); un réservoir d'épuration avec terrain de filtration est réservé en cas de surcharge accidentelle. Les eaux thermales (24 stations dont le Puente del Inca et la Boca del Rio) seront périodiquement jaugées et analysées. Le déboisement désespérant sera compensé par des plantations de pins, particulièrement salubres. Le bureau de statistique a reconstitué les fluctuations de la population pendant ce siècle : de 1800 à 1854 natalité > mortalité; de 1854 à 1861 natalité < mortalité; de 1861 à 1884 natalité > mortalité; enfin de 1884 à nos jours infériorité inquiétante de la natalité. On meurt à Mendoza de maladies endémiques : affections des organes respiratoires et gastro-entérites favorisées par l'inégalité et la sécheresse du climat et par l'impureté des eaux. A part deux épidémies meurtrières (variole en 1889, diphtérie en 1891) ce sont les entérites et les broncho-pneumonies qui ravagent la province. L'ouvrage se termine pas une minutieuse réglementation de l'exercice de la médecine et de la pharmacie et des métiers accessoires : dentistes, sages-femmes, ventouseurs, etc., destinée à combattre l'exercice illégal et le charlatanisme. On regrette, au cours des 34 chapitres de cette belle publication, de voir si peu de lignes consacrées à la syphilis et à la prostitution, et pas un mot de l'alcoolisme ! A part ce silence volontaire, pas un détail n'est négligé, chaque fait est accompagné de correspondances et des comptes auxquels il a donné lieu. Si M. E. Coni a rendu un immense service à Mendoza en la dotant d'une organisation sanitaire modèle, il en a rendu un égal aux hygiénistes du monde entier en publiant ce recueil de documents d'une richesse et d'un intérêt inappréciables. C'est un livre de science en action. F. Boissier.

La pratique de l'éviscération en chirurgie abdominale. Du shock abdominal; par Tixier (L.). — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1898, in-8, 351 p., 22 tracés.

L'éviscération est la sortie hors du ventre de la masse intestinale; l'auteur la nomme aussi exentération. Il la divise en momentanée ou extemporanée; dans le premier cas elle ne dépasse pas en durée l'opération elle-même, au cours de laquelle elle est exécutée; elle peut être prolongée ou continuée ; elle est toujours alors partielle; plus rarement elle est traumatique, c'est l'éventration, ou spontanée, c'est l'éviscération post-opératoire.

Les indications de l'éviscération momentanée ou de l'éviscération prolongée sont variables, suivant qu'il s'agit de l'une ou de l'autre.

L'éviscération momentanée peut se faire de différentes manières, selon qu'on a affaire à des contusions de l'abdomen, à des plaies pénétrantes abdominales, à l'occlusion intestinale, à des péritonites.

L'éviscération prolongée est indiquée en particulier dans les étranglements herniaires, et surtout toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une portion d'intestin suspect d'occasionner des accidents infectieux, si on la réintégrait dans la cavité abdominale.

Au point de vue du manuel opératoire, il faut prendre de très grandes précautions d'asepsie; exécuter l'exentération en un temps, afin d'éviter la multiplication des contacts ; surveiller avec soin les premiers signes de collapsus et les prévenir par une thérapeutique excitante.

Les dangers de l'éviscération sont nombreux : adhérences entre les anses intestinales ; ruptures de l'intestin, etc.; mais le plus redoutable de tous est le shock : état constitué par des troubles fonctionnels portant sur la circulation (chute de pression, ralentissement du cœur) et la respiration (arythmie et accélération des mouvements respiratoires). Ces troubles sont le produit de réflexes à point de départ péritonéal. Il est donc recommandé de s'assurer de l'état général et de l'état du cœur du malade au point de vue de l'indication et de la contre-indication de l'éviscération. Marcel Baudouin.

Médecine et Médecins. — *Un coin de la Crise ouvrière au* XIX*e siècle.*

Sous ce titre, la librairie de la *Revue socialiste*, 78, passage Choiseul, Paris, vient d'éditer une brochure du Dr A. Tripier sur la dépréciation économique graduelle de la profession médicale, où l'auteur émet des vues tout à fait originales sur les conditions de la transformation sociale dans laquelle elle est engagée. La décadence reconnaîtrait, d'après lui, des causes déjà lointaines, bien plus générales, bien plus dans la « force des choses » que les conditions accidentelles auxquelles on l'attribue. Quant aux remèdes proposés, presque tous dans un esprit autoritaire, l'auteur les tient pour simplement dangereux et ne voit à les remplacer que par un régime tout à fait libéral, sur lequel il s'explique d'ailleurs largement.

VARIA

Neuvième Congrès international d'Hygiène et de Démographie.

MADRID (10-17 *avril* 1898).

Dans la séance de clôture du VIII[e] Congrès, célébré à Budapest (1894), la ville de Madrid fut désignée comme lieu de réunion du Congrès suivant. Le gouvernement de Sa Majesté Alphonse XIII se propose de remplir dignement l'engagement alors contracté. Le bon vouloir dont se trouvent animés tous ceux qui s'occupent en Espagne de l'intéressante étude de l'hygiène et de la démographie en assurera le succès. Les travaux de propagande et d'organisation, à la charge d'un Comité général présidé par M. le Ministre de l'Intérieur, sont très avancés. Les programmes et règlements du Congrès et de l'Exposition y annexée, déjà imprimés en quatre langues, circulent et se distribuent partout ; la liste des fêtes, réceptions et excursions scientifiques ou expansives, est en préparation ; les dispositions nécessaires à effectuer dans le Palais de l'Industrie et des Arts, cédé par le Ministre de *Fomento* (Agriculture, Commerce et Travaux publics) comme local, où doivent avoir lieu la célébration des séances du Congrès, ainsi que l'installation de l'Exposition annexée, sont également à l'étude ; on prévoit, enfin, la présence en Espagne d'un grand nombre de personnalités étrangères distinguées dans les sciences, et tout porte à croire que la réussite de la réunion du IX[e] Congrès international d'Hygiène et de Démographie ne restera pas au-dessous des succès précédents. Le Congrès et l'Exposition auront lieu du 10 au 17 avril 1898.

Comité général de propagande et d'organisation.

Président : M. le Ministre de l'Intérieur. — *Vice-Président* : M. le Sous-Secrétaire d'Etat de l'Intérieur. — *Secrétaire général* : M. le D[r] AMALIO GIMENO, professeur à la Faculté de Médecine de Madrid, sénateur, membre de l'Académie de Médecine.

Règlement du IX[e] Congrès international d'Hygiène et de Démographie.

Art. premier. — La réunion du IX[e] Congrès international d'Hygiène et de Démographie aura lieu à Madrid du 10 au 17 avril 1898, sous le haut patronage de Sa Majesté le roi Alphonse XIII et de Sa Majesté la reine régente. En même temps aura lieu l'Exposition qui doit être annexée au Congrès.

Art. 2. — Le but du Congrès est de discuter les questions relative à l'hygiène publique et privée et à la science de la population sous forme de conférences, lectures, thèmes, discussions et démonstrations pratiques au moyen d'instruments et d'appareils nouveaux.

Art. 3. — Les gouvernements, les autorités, les corporations administratives, les municipalités les Universités, les Académies, les Sociétés scientifiques, les Ecoles, s'occupant d'une façon quelconque des questions relatives à l'hygiène et à la démographie, tous enfin sont invités à prêter leur concours au Congrès ou à s'y faire représenter par leurs délégués.

Art. 4 — Outre les délégués dont il est question à l'article précédent, toute personne espagnole ou étrangère s'occupant de l'étude des questions relatives à l'hygiène ou à la démographie et qui demandera son admission au Comité d'organisation pourra prendre part aux travaux du Congrès (1). Le Comité se réserve le droit de refuser toute demande qui ne paraîtrait pas suffisamment justifiée.

Art. 5. — Le droit d'inscription est fixé à 25 pesetas, payables en espèces ou sous forme de chèque ou traite, adressés au tresorier du Congrès à Madrid. Celui-ci délivrera une quittance provisoire qui devra être échangée à l'ouverture du Congrès contre une carte de membre.

(1) Les dames (épouses ou parentes) des Congressistes, ne seront considérées comme membres qu'à la condition de présenter un diplôme médical ou autre titre officiel se rapportant à la science de l'hygiène et de la démographie. Elles jouiront néanmoins, moyennant une cotisation de 10 pesetas, de tous les avantages accordés aux membres du Congrès, tels que voyages, excursions, invitations et divertissements. Le présent accord a été pris en conséquence des conclusions du Comité international permanent, discutées au Congrès de Budapest de 1894.

Art. 6. — Les élèves nationaux ou étrangers immatriculés dans les Facultés de Médecine ou appartenant aux Ecoles officielles dont les études se rapportent aux questions d'hygiène ou de démographie pourront, à leur demande et à titre gracieux, assister aux séances du Congrès. Cependant, ils pourront être reçus comme membres et jouir de tous les avantages accordés à ces derniers, à la condition de payer les 25 pesetas d'inscription.

Art. 7. — Les travaux du Congrès seront divisés en deux classes, subdivisés en sections, savoir : 1[re] CLASSE. HYGIÈNE. *Sections* : I. Microbiologie appliquée à l'hygiène. II. Prophylaxie des maladies transmissibles. III. Climatologie et topographie médicales. IV. Hygiène urbaine. V. Hygiène de l'alimentation. VI. Hygiène scolaire et de l'enfance. VII. Hygiène de l'exercice et du travail. VIII. Hygiène militaire et navale. IX. Hygiène vétérinaire, civile et militaire. X. Architecture et génie sanitaires. — 2[e] CLASSE. DÉMOGRAPHIE. *Sections* : I. Technique de la statistique démographique. II. Résultats statistiques. III. Démographie dynamique.

Art. 8. — Les communications et mémoires de toute espèce se rapportant aux travaux du Congrès, doivent être adressés au secrétaire général à Madrid.

Art. 9. — Les mémoires écrits pour être lus au Congrès devront être rédigés en Latin, en Espagnol, en Portugais, en Italien, en Français, en Anglais ou en Allemand. Ces langues seront également officielles pour les séances du Congrès. Il ne sera admis aucun écrit déjà publié ou communiqué à une Société quelconque.

L'Agence de la Presse scientifique internationale, 93, boulevard Saint-Germain, se charge de transmettre à Madrid toutes les demandes d'adhésion.

Exposition annexée.

Une Exposition annexée aura lieu pendant la durée du Congrès international d'Hygiène et de Démographie, qui doit se réunir à Madrid, du 10 au 17 avril 1898. La section correspondante du Comité de propagande et d'organisation du Congrès, est chargée des travaux relatifs à cette Exposition. Ladite section nommera un Commissariat, composé de son président, de son vice-président, de ses secrétaires et de sept membres en plus de ceux qui la composent. Ce Commissariat se chargera de tout ce qui concerne la réception, l'installation, la conservation et la remise des objets présentés. Il exécutera, en outre, toutes les délibérations de la section.

L'Exposition sera divisée en dix classes : 1° Hygiène didactique ; 2° Prophylaxie des maladies transmissibles ; 3° Hygiène urbaine ; 4° Hygiène de l'habitation ; 5° Hygiène de l'exercice et du travail ; 6° Hygiène militaire et navale ; 7° Hygiène de l'enfance et hygiène scolaire ; 8° Alimentation et vêtement ; 9° Démographie et statistique ; 10° Groupes divers.

Les personnes qui désirent s'inscrire pour l'Exposition, devront en adresser la demande au secrétariat général du Comité de propagande et d'organisation, qui les transmettra immédiatement à la section de l'Exposition, laquelle, après examen, se prononcera au sujet de l'acceptation des objets que l'on désire exposer, se réservant tous droits pour refuser ceux qui par leur qualité, leur nature, leur valeur, ou leurs défectuosités pourrait être gênants ou dangereux, ou ne pas être conformes au but de l'Exposition.

Comité Français.

La réunion du Comité français du Congrès international d'Hygiène et de Démographie de Madrid en 1898, aura lieu à la Faculté de Médecine, salle du Conseil, le *dimanche* 13 *février*, à 10 heures très précises du matin.

Médecins aliénistes des Hôpitaux.

Concours public pour la nomination à la place de médecin-adjoint du service des aliénés à l'Hospice de Bicêtre.

Ce concours sera ouvert le jeudi 5 mai 1898, à midi, à l'amphithéâtre de l'Administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. MM. les Docteurs qui voudront concourir seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, de midi à trois heures. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le vendredi 1[er] avril, et sera clos définitivement le lundi 18 du même mois, à trois heures.

Conditions et programme du concours. — Les candidats qui se présentent aux concours ouverts pour les places de médecin-adjoint des quartiers d'aliénés dans les Hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, doivent justifier de la qualité de Français et être âgés de 28 ans au moins. Ils doivent justifier en outre de cinq années de doctorat. Pour les candidats ayant été internes en médecine dans les Hôpitaux et Hospices de Paris ou dans les asiles publics d'aliénés de la Seine, les années d'internat seront comptées comme années de doctorat.

Les candidats doivent se présenter au secrétariat général de l'Administration pour obtenir leur inscription en déposant leurs

pièces, et signer au registre ouvert à cet effet. Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre chargée. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée pour la clôture du registre ne peut être accueillie. Le Jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close. Chaque candidat peut se présenter au secrétariat général de l'Administration pour connaître la composition du Jury, Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée, par écrit et cachetée, qu'ils remettent au Directeur de l'Administration. Si, cinq jours après le délai ci-dessus fixé, aucune demande n'a été déposée, le Jury est définitivement constitué, et il ne peut plus être reçu de réclamations. Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du Jury, ou entre les membres du Jury, donne lieu à récusation d'office de la part de l'Administration.

Le Jury du concours pour les places de médecin-adjoint du service des Aliénés dans les Hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière se compose de sept membres, savoir : Trois membres tirés au sort parmi les médecins aliénistes, chefs de service des Hôpitaux et Hospices, en exercice ou honoraires; — un membre tiré au sort parmi les médecins chefs de services des asiles d'aliénés du département de la Seine, en exercice ou honoraires, et le médecin du bureau d'admission de Sainte-Anne ; — et trois membres tirés au sort parmi les médecins chefs de service des Hôpitaux, en exercice ou honoraires. — Les médecins chefs de service des asiles publics d'aliénés de la Seine, en exercice, et le médecin du bureau d'admission de Sainte-Anne, ne peuvent être portés sur la liste des membres parmi lesquels doit être tiré le Jury, qu'après cinq années d'exercice. Le tirage au sort a lieu dans les formes usitées pour les concours des hôpitaux, en présence de deux membres du Conseil de surveillance de l'Administration de l'Assistance publique et de deux membres de la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Les épreuves du concours pour les places de médecin-adjoint du service des aliénés dans les Hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sont réglées de la manière suivante : 1° Une épreuve écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures ; — 2° une épreuve clinique commune sur un malade. — Il sera accordé au candidat dix minutes pour l'examen du malade et vingt minutes pour développer oralement son opinion devant le Jury, après cinq minutes de réflexion; — 3° une épreuve clinique sur les maladies mentales : un seul malade. — Il sera accordé vingt minutes pour l'examen du malade et vingt minutes pour la dissertation, après cinq minutes de réflexion; — 4° une épreuve écrite comprenant une consultation après l'examen d'un aliéné, et un rapport sur un cas d'aliénation mentale. Il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen de chacun des malades, et une heure et demie pour la rédaction du rapport et de la consultation. La lecture de cette consultation et du rapport sera faite au début de la séance suivante ; — 5° une épreuve clinique sur deux malades d'un service d'aliénés. — Le candidat aura quinze minutes pour l'examen de chacun des deux malades, et trente minutes pour la dissertation orale, après cinq minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour la première épreuve écrite, 30 points ; pour l'épreuve clinique commune, 20 points ; pour l'épreuve clinique sur les maladies mentales, à un seul malade, 20 points; pour la deuxième épreuve écrite, 30 points; pour l'épreuve clinique sur deux malades, 30 points.

L'épidémie de grippe.

La grippe continue à exercer ses ravages ; et, loin de s'atténuer, elle prend de l'extension. Les médecins sont fort occupés par le fait de ce mal En Angleterre, il y a recrudescence très marquée, non pas seulement à Londres, mais dans les provinces, en Kent, en Surrey, en Devonshire. Dans les Cornouailles même, les affaires sont en grande partie arrêtées, tant le nombre des malades est considérable, et à Helston il a fallu fermer les écoles primaires. Des trois types classiques de la grippe — telle qu'elle se révèle à nous depuis huit ans, — des trois formes caractérisées par la prépondérance, ici des phénomènes pulmonaires, là des phénomènes nerveux, et, en troisième lieu, des phénomènes digestifs, c'est le type à troubles digestifs qui est manifestement le plus répandu. Ces troubles sont même, dans certains cas, à tel point prononcés que le médecin est en droit d'hésiter dans son diagnostic et de se demander si c'est à une grippe ou bien à une fièvre typhoïde qu'il a affaire. La mortalité, à Londres, est d'environ 90 cas par semaine en ce moment (88 pour la semaine du 22 au 29 janvier). A Paris, pour la même semaine, elle est de 41 : la mortalité est donc à peu près la même, eu égard à la population respective. Comme le fait observer avec raison M. Landouzy, le professeur de thérapeutique à la Faculté, la médication de la grippe doit être opportuniste : il n'y a pas de traitement qui soit commun à tous les cas. Ceci est conforme au vieil axiome : Il n'y a pas de maladies, il y a des malades. Ce qui veut dire que chaque malade, chaque « terrain » donne un caractère particulier au mal, et que celui-ci doit être traité de façons différentes, selon l'état personnel et selon les symptômes dominants. De façon générale, toutefois, on est d'accord pour reconnaître la nécessité de relever le système nerveux (au besoin avec les injections de sérum artificiel — de la simple eau salée), de purger, avec la classique huile de ricin ; de combattre la fièvre avec la quinine (pas d'antipyrine), et d'user de révulsifs (cataplasmes sinapisés) pour combattre les troubles pulmonaires. Il faut encore et surtout garder le lit, se tenir assez longtemps à la chambre et éviter les refroidissements, qui sont la cause la plus fréquente des rechutes. Durant la période aiguë, pas d'alimentation, du lait seulement, avec limonade ou orangeade, et eau additionnée d'un peu de champagne; la potion de Todd, d'heure en heure, est très recommandée.

Association de la Presse médicale française.

Réunion du 4 Février 1898.

Le 4 février 1898 a eu lieu la trente-neuvième réunion de l'*Association de la Presse médicale*, sous la présidence de M. le Pr Cornil. — Vingt et une personnes y assistaient.

Elections. — Ont été élus, dans cette séance, membres de l'Association :

MM. les Drs Monprofit (d'Angers) pour l'*Anjou médical*; — Em. Laurent (de Paris) pour l'*Indépendance médicale* ; — M. le Pr Bergonié (de Bordeaux) pour les *Archives d'Electricité médicale* ; — M. le Dr Georges Baudouin pour les *Annales d'Hydrologie.*

Candidature. — M. le Dr Olivier a été nommé rapporteur de la candidature de M. le Dr Pichevin (de Paris) pour la *Semaine Gynécologique.*

Les Congrès de 1900. — Sur la proposition de MM. Laborde et Marcel Baudouin, les membres du Bureau de l'Association, MM. Cornil, de Ranse, Cézilly et M. Baudouin sont chargés de faire les démarches nécessaires pour tenter d'obtenir l'autorisation d'organiser, à l'Exposition de 1900, un Bureau de Renseignements à l'usage des médecins de la province et de l'étranger, désirant assister aux multiples Congrès médicaux qui auront lieu à cette époque. M. B.

L'épreuve du pied.

Connaissez-vous l'*épreuve du pied* ? M. du Paty de Clam a affirmé, d'après Me Demange, au tribunal, que l'*émotion*, chez les natures *très maîtresses d'elles-mêmes* et capables de dissimuler leurs sentiments, se traduit souvent par une trépidation du pied quand les jambes sont croisées. Exemple : il alla surprendre Dreyfus dans son lit, et affirma devant le tribunal avoir constaté chez l'accusé ce signe, qui, s'ajoutant à d'autres, fortifiait sa conviction. Devant ces stupéfiantes révélations, on dut immédiatement aller chercher une consultation de la Faculté, pour étudier ce nouveau moyen d'investigation psychologique !

Exposition de 1900.

Voici les nominations faites ces jours derniers par les Comités d'admission qui nous intéressent : Classe 111 (*Assistance publique*). — Président, M. le Dr Théophile Roussel, sénateur ; vice-président, M. Henri Monod, membre de l'Académie de Médecine ; rapporteur, M. le Dr Napias, membre de l'Académie de Médecine ; secrétaire, M. Bompard, conseiller municipal, Mme Brès, docteur en médecine.

Classe 110 (*Hygiène*). — Président, M. le Dr Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine ; vice-président, M. Humblot, inspecteur général des Ponts et Chaussées ; secrétaire, M. le Dr Bordas, sous-directeur du laboratoire municipal.

Classe 120 (*Hygiène et Matériel sanitaire*). — Président, M. Henri Strauss, médecin principal de première classe ; vice-président, M. Charles Grall, médecin en chef des colonies ; rapporteur, M. Paul Mary, médecin-major de première classe ; secrétaire, M. Maurice Pellé, capitaine au 31e régiment d'artillerie, aide de camp du Ministre de la Guerre.

Monument Tarnier.

Première liste de Souscription.

M. le Dr Abadie, 9, rue Volney, Paris	20 fr.	»
M. le Dr Bar, 122, rue La Boétie, Paris	1.000	»
M. le Dr Th. Anger, 105, boulevard Haussmann, Paris	20	»
M. le Pr F. Guyon, 11 bis, rue Roquépine	100	»
M. le Dr Martin, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur	10	»
M. le Dr Queirel, professeur à l'Ecole de Médecine de Marseille	20	»
M. le Pr Tillaux, 189, boulevard Saint-Germain, Paris	100	»
M. le Dr Tissier, 10, rue de Richelieu, Paris	500	»
M. Nocard, à l'Ecole vétérinaire d'Alfort	20	»
Maternité de l'Hôtel-Dieu de Paris (annexe)	38	»
M. le Dr Millard, de Paris	100	»
M. le Dr Bresset, de Paris	10	»
M. le Dr Ernest Besnier, de Paris	100	»
M. le Dr Auguste Broca, de Paris	20	»
M. le Dr Herrgott père, de Nancy	100	»
M. le Dr Herrgott fils, —	100	»
M. le Dr Lepage, de Paris	20	»
M. le Pr Winckel, de München	25	»
M. le Pr Fochier, de Lyon	100	»
M. G. Steinheil, éditeur, à Paris	250	»
M. le Dr Tripier	20	»
M. Voisin	50	»
M. le Dr Huchard	100	»
M. le Dr Peyrot	50	»
M. le Dr Rénon	20	»
M. le Dr Mosny	20	»
Mme Guérillot	5	»
M. Proust, interne	5	»
M. Troussart	10	»
Mme Werner	5	»
Mlle Lalande	5	»
M Raimon, interne	5	»
M. Demelin	500	»
M. le Dr Champetier de Ribes	1.000	»
M Magnin, ancien gouverneur de la Banque de France	50	»
M. le Dr Guénot	20	»
M. le Pr Segond	20	»
M. le Dr A. Cordes, de Genève	25	»
M. le Pr Cornil	100	»
MM. Balme et Vigier	10	»
M. le Dr Bucquoy	50	»
M. le Pr Bouchard	100	»
M. le Pr Charles Richet	25	»
M. le Dr Caventou	40	»
M. Leblanc	20	»
M. Weber	10	»
M. Laurens	100	»
M. le Dr Rendu	50	»
M. le Dr Hérard	40	»
M. le Dr Vallois	20	»
La Société de Chirurgie	100	»
M. le Dr Walther	20	»
M. André Chaffotte	500	»
M. Paul Petit-Jean	100	»
Mme Dumoulin	20	»
M. Paul Berthod	20	»
M. le Dr Grancher	100	»
M. le Dr Lereboullet	20	»
M. le Dr Lordereau	50	»
M. le Dr Lawson Tait	26	20
M. le Dr Vallin	20	»
M. le Dr Porak	20	»
M. G. Masson, éditeur	40	»
M. Collin, 6, rue de l'Ecole de Médecine, Paris	1.000	»
M. le Dr Chavane, 24, rue Matignon	50	»
M. Lefour, chirurgien en chef, à Bordeaux	100	»
M. le Dr Létienne, 2, rue de Penthièvre, Paris	100	»
M. Schuhl, agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy	20	»
M. le Dr Paul Dupuy, à Caudéran	20	»
M. le Dr Grynfeltt, à Montpellier	50	»
M. le Dr Notta, à Lisieux	20	»
M. Marseille, à Le Pradet, près Toulon	20	»
M. Fontana, notaire à Paris	200	»
M. le Dr Maygrier	1.000	»
A reporter	8.744	20
Report	8.744	20
M. le Pr Pinard	1.000	»
Anonyme	100	»
M. le Dr Fournier, d'Amiens	20	»
M. le Pr Brouardel	300	»
M. le Dr Ribemont-Dessaignes	1.000	»
M. le Dr Janicot	20	»
M. le Dr Granjux	20	»
M. le Dr Bonnaire	1.000	»
Total de la 1re liste :	12.204 fr.	20

Le Comité de Dames, présidé par Mme Brouardel, a, dès à présent, recueilli plus de 4 000 francs de souscriptions.

Charité et Solidarité sociale.

Zola, dans son livre *Paris*, met, dans la bouche du héros de son livre, cette appréciation de l'aumône et de la charité.

« Mais la constatation n'en était que plus redoutable : il cessa de croire à l'efficacité de l'aumône, être charitable ne suffisait pas, il s'agissait désormais d'être juste. Avant tout, être juste, et l'effrayante misère disparaîtrait sans qu'il fût besoin d'être charitable. Certes, ce n'étaient pas les bons cœurs qui manquaient dans ce Paris douloureux, les œuvres de charité y pullulaient comme les feuilles vertes aux premières tiédeurs du printemps. Il y en avait pour tous les âges, pour tous les dangers, pour toutes les infortunes. On secourait les enfants, avant qu'ils fussent nés, en s'inquiétant des mères ; puis venaient les crèches, les orphelinats, prodigués aux diverses classes ; puis après s'être occupé de l'adulte, on suivait l'homme dans la vie, on s'empressait surtout dès qu'il vieillissait, multipliant les asiles, les hospices, les refuges. Et c'étaient encore toutes les mains tendues aux abandonnés, aux déshérités, aux criminels même, toutes sortes de Ligues pour protéger les faibles, de Sociétés pour prévenir les crimes, de maisons pour recueillir les repentirs. Propagation du bien, patronage, sauvetage, assistance, union, il aurait fallu des pages et des pages, si l'on avait voulu énumérer seulement cette extraordinaire végétation de la charité qui pousse entre les pavés de Paris, dans un bel élan, où la bonté d'âme se mêle à la vanité mondaine. Qu'importait d'ailleurs, la charité rachetait, purifiait tout. Mais quel terrible argument, l'inutilité absolue, dérisoire, de cette charité ! Après tant de siècles de charité chrétienne, pas une plaie ne s'était fermée, la misère n'avait fait que grandir, que s'envenimer jusqu'à la rage. Le mal, aggravé sans cesse, arrivait à ne pouvoir être toléré un jour de plus, du moment que l'injustice sociale n'en était ni guérie, ni diminuée. Et, du reste, ne suffisait-il pas qu'un vieillard mourût de froid et de faim pour que s'effondrât l'échafaudage d'une société bâtie sur l'aumône ? Une seule victime, et cette société était condamnée. »

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 14. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Retterer Sébileau. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Terrier, Delbet, Bonnaire. — (2e *partie*) : MM. Brissaud, Letulle, Widal. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Marchand, Segond, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Tillaux, Kirmisson, Ricard,

MARDI 15. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Berger, Quénu, Maygrier. — (2e *série*) : MM. Hallopeau, Charrin, Ménetrier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Guyon, Campenon, Albarran. — (2e *série*) : MM. Le Dentu, Nélaton, Hartmann. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Letulle, Achard.

MERCREDI 16. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Ricard, Tuffier. - 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Delbet, Lejars, Bonnaire. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Kirmisson, Segond, Walther. — (2e *partie*) : MM. Brissaud, Déjerine, Gilles de la Tourette.

JEUDI 17. — Médecine opératoire : MM. Le Dentu, Nélaton, Hartmann. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Guyon, Mathias-Duval, Rémy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Panas, Bar, Albarran. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Troisier, Thoinot.

VENDREDI 18. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Netter, Gilles de la Tourette. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Marchand, Reynier, Broca. — (2e *série*) : MM. Segond, Kirmisson, Walther. — (2e *partie*) : MM. Déjerine,

Gaucher, Thoinot. — (1re partie). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.
SAMEDI 19. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Cornil, Raymond, Letulle. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Ménétrier, Achard — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Hutinel, G. Ballet, Marfan. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Troisier, Marie. (1re *partie*) Obstétrique : MM. Panas, Bar, Maygrier.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 16. — M. Lenoble. Etude clinique du sang. Caractères séméiologiques du caillot et du sérum. — M. Mahu. Le phosphorisme dans les manufactures d'allumettes. Hygiène. Prophylaxie. — M. Tavera. Du traitement des ankyloses vicieuses de la hanche et en particulier de l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique. — M. Coupu. Contribution à l'étude de l'utérus globularias bipartitus au point de vue obstétrical.
JEUDI 17. — M. Audiganne. Recherches urologiques dans la tuberculose. — M. Dauphin. Les causes d'ordre général dans l'étiologie de la paralysie faciale périphérique. — M. Pigot. Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme. — M. Schachmann. Le thrombus du vagin chez les femmes enceintes. — M. Ch. Lévi. Etude anatomo-pathologique et expérimentale de la tuberculose péritonéale. — M. Laurent. Contribution à l'étude de la pleurésie sèche bilatérale dans la grippe. — M. Amar. De l'opium chez les diabétiques. — Mlle Volper. Troubles trophiques dans la lèpre.

Enseignement médical libre.

Thérapeutique appliquée aux maladies nerveuses. — M. le Dr VERRIER a commencé un cours libre à l'amphithéâtre Cruveilher de l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole de Médecine, le mardi 11 janvier 1898, à 4 heures ; il le continue les samedis et mardis suivants à la même heure.
Institut Psycho-Physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts. *Cours et Conférences du semestre d'hiver* 1897-1898. — Jeudi 17 février, à 5 heures, M. le Dr Jules BOIS : *De la suggestion dans les grimoires et dans les documents relatifs à l'ancienne magie (évocations, incantations, philtres, charmes et envoûtements).* — Jeudi 24 février, à 5 heures, M. Eugène CAUSTIER : *Psychologie comparée : L'évolution sexuelle et les combats des animaux pour la suprématie* (projections à la lumière oxhydrique).— Jeudi 3 mars, à 5 heures, M. le Dr Max NORDAU : *La paralysie générale : signes précoces et formes frustes de la paralysie générale.* — Jeudi 10 mars, à 5 heures, M. le Dr BÉRILLON : *La psychologie de la vision et l'évolution de la fonction visuelle* (démonstrations des Rayons de Rœntgen, par le Dr Dagincourt). — Jeudi 17 mars, à 5 heures, M. le Dr Henry LEMESLE : *Les aliénés criminels.* — La plupart des conférences seront accompagnées de présentations de malades, de démonstrations cliniques de psychothérapie, de démonstrations expérimentales et de présentations d'appareils.

FORMULES

IV. — Traitement interne du prurit. — (BROCQ et JACQUET)

Valérianate d'ammoniaque	1 gramme.
Sirop de menthe	20 —
Eau de tilleul	125 —

2 à 4 cuillerées par jour.
Ou encore :

Extrait de valériane	0 gr. 05 centigr.
Poudre de valériane	Q. S.

Pour une pilule : de 2 à 8 par jour.
Ou encore :
Teinture de valériane II à XV gouttes par jour.
Ou :

Acide phénique	0 gr. 05 centigr.
Réglisse pulvérisée et gomme arabique	Q. S.

Pour une pilule : de 4 à 8 par jour à la fin des repas.
Ou encore :
Teinture de belladone V à VI gouttes par jour.

V. — Traitement de la spermatorrhée — (MEISELS).

Citrate de cornutine	0 gr. 15 centigr.
Argile	7 grammes.
Mucilage de gomme adragante	Q. S. p. 50 pilules.

VI. — Traitement des vomissements. — (PICK).

Menthol	0 gr. 05 centigr.
Cognac	40 grammes.
Teinture simple d'opium	10 —

De X à XX gouttes plusieurs fois par jour. (*Gaz. hebd.*)

VII. — Pilules contre l'atonie utérine post-partum (M. PALMER).

Sulfate de quinine	2 gr. 40 centigr.
Ergotine	1 gr. 20 —
Sulfate de strychnine	0 gr. 03 —

Mêlez et divisez en vingt pilules. — A prendre trois pilules par jour.

VIII. — Solution pour injections hypodermiques contre l'accès d'asthme bronchique. — (M. S. SOLIS-COHEN).

Sulfate de morphine	0 gr. 075 milligr.
Sulfate de strychnine	0 gr. 01 centigr.
Bromhydrate d'hyoscine	0 gr. 003 milligr.
Eau distillée	10 grammes.

F. S. A. — Pour injections sous-cutanées.

IX. — Lotion contre le prurit scrotal. — (M.-L. LEISTIKOW).

Sublimé	0 gr. 30 à 50 centigr.
Alcool	25 grammes.
Chloroforme	V gouttes.
Eau distillée de camomille	25 grammes.
— de laurier-cerise	50 —

Mêlez. — Usage externe.

X. — Potion contre la diarrhée fétide de la période initiale de la scarlatine. — (M. N. FILATOV).

Sulfite de magnésie	ãã 4 grammes.
Acide sulfureux liquide	
Eau distillée	180 —
Sirop simple	30 —

Mêlez. — A prendre : une cuillerée à café ou à bouche, suivant l'âge de l'enfant, d'heure en heure. (*Sem. méd.*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 23 au samedi 29 janvier 1898, les naissances ont été au nombre de 1.178, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 431, illégitimes, 158. Total, 589. — *Sexe féminin* : légitimes, 415, illégitimes, 174. Total, 589.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 23 au samedi 29 janvier 1898, les décès ont été au nombre de 1.058, savoir : 551 hommes et 507 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3 F. 5, T. 8 — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 3, F. 3, T. 6. — Scarlatine : M. 1, F. 0 T. 1. — Coqueluche : M. 0, F. 2. T. 2. — Diphtérie, Croup : M. 3, F. 0, T. 3. — Grippe : M. 22 F. 19, T. 41. — Phtisie pulmonaire : M. 106, F. 73, T. 179 — Méningite tuberculeuse : M. 11 F. 8 T. 19. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 15, T. 35. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 24, F. 25, T. 49 — Méningite simple : M. 8, F. 9, T. 17. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 28, F. 20, T. 48 — Paralysie, M. 8, F. 8, T. 16. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 6, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 24, F. 29, T. 53. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 19, T. 27. — Bronchite chronique : M. 21, F. 17, T. 38 — Broncho-pneumonie : M 41, F. 36 T. 77. — Pneumonie : M. 24, F. 38, T. 62. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 34, F. 31, T. 65. — Gastro-entérite, biberon : M 13, F. 6, T. 19 — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 2 T. 6. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F 0, T. 0. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1 T. 2. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Débilité congénitale : M. 22 F. 13, T. 35 — Sénilité : M. 12, F. 31, T. 43. — Suicides : M. 7. F. 3, T. 10. — Autres morts violentes : M. 9, F. 11, T. 20. — Autres causes de mort : M. 85, F. 60, T. 145. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 2, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 93, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 17 Total : 47. — *Sexe féminin* : légitimes, 34, illégitimes, 12 Total : 46.

Facultés de Médecine. — *Concours d'Agrégation.* — L'hôpital de la Charité est interdit aux candidats à l'agrégation, depuis le 1er février. — *Epreuve orale.* Questions posées. Papillon : *Prophylaxie de la tuberculose.* — Méry : *La spécificité dans les maladies.* — Carrière : *Eruptions médicamenteuses.* — Nicolas : *Les ulcérations gastriques.* — Courmont : *Des suites lointaines dans les maladies aiguës* — Vaquez : *Des atrophies musculaires.* — De Grandmaison de Bruno : *Eléments du pronostic dans les maladies aiguës.*

Faculté de Médecine de Paris. —Sont nommés chefs de clinique chirurgicale, MM. les Drs Grénouville (hôpital Necker) et Morestin (hôpital de la Pitié).

Faculté des Sciences de Besançon.— M. Genvresse, docteur ès sciences, maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de Besançon, est nommé professeur de chimie industrielle et agricole à cette Faculté.

Faculté des Sciences de Clermont.— M. Dubois, docteur ès sciences, maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de Clermont, est nommé professeur adjoint à cette Faculté.

Faculté des Sciences de Lille. — M. Matignon, docteur ès sciences, maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de l'Université de Lille, est nommé, jusqu'à la fin de l'année 1897-1898, maître de conférences de chimie minérale en remplacement de M. Joly, décédé. — A la Faculté des sciences, M. Matignon est chargé en outre de faire, par semaine, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, deux conférences de chimie préparatoire à l'agrégation des sciences physiques.

Ecole de Médecine navale de Brest. — L'Ecole de Médecine de Brest a fêté, cette semaine, le centenaire de sa fondation par un punch que M. le Dr Auffret, directeur du service de santé, a offert aux médecins de la marine et aux étudiants.

Universités étrangères. — *Faculté de Médecine de Bâle.* — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten H.-K. Corning (anatomie topographique) ; A. Jaquet (pharmacologie et thérapeutique). — *Faculté de Médecine de Cracovie.* M. le Dr S. Ciechanowski est nommé privatdocent d'anatomie pathologique. — *Faculté de Médecine de Greifswald.* Sont nommés privatdocenten : MM les Drs Bruno Leick (médecine interne) ; Marinos Geroulanos (chirurgie). — *Faculté de Médecine de Lemberg.* M. le Dr A. Gabryszewski est nommé privatdocent de chirurgie. — *Faculté de Médecine de Naples.* Sont nommés privatdocenten : MM. les Drs Giovanni Boari (pathologie médicale) ; Francesco Sorrentino (pathologie chirurgicale) ; Augusto Di Luzenberger (neurologie) ; Andrea Grimaldi (psychiatrie). — *Faculté de Médecine de Tubingue.* M. le Dr O. Oesterlen, professeur extraordinaire d'hygiène et de médecine légale, est nommé professeur ordinaire honoraire. — *Faculté de Médecine de Turin.* Sont nommés privatdocenten : MM. les Drs Vittorio Nicolai (oto-rhino-laryngologie) ; Guido Bordoni-Uffreduzzi (hygiène). — *Faculté de Médecine de Vienne.* Sont nommés privatdocenten : MM. les Drs Karl Ewald (chirurgie) ; Emil Fronz (pédiatrie) ; Robert von Töply (histoire de la Médecine). — *Académie militaire de Médecine de Saint-Pétersbourg.* M. le Dr Goundobine, privatdocent de pédiatrie, est nommé professeur extraordinaire. — *Université de Cambridge.* M. le Dr A.-F. Stabb est nommé lecteur d'obstétrique. — *Yorkshire College de Leeds.* M. le Dr R.-N. Hartley, lecteur, est nommé professeur d'hygiène (chaire nouvelle). M. le Dr H.-J. Campbell est nommé lecteur adjoint de médecine légale. (*Sem. méd.*)

Service de Santé de l'armée. — Le Ministre de la Guerre a fait la désignation suivante pour la présidence en 1898 des comités techniques des armes et services du ministère de la guerre : Service de santé : M. le Dr Dujardin-Beaumetz.

Congrès de Médecine interne — Le seizième Congrès de Médecine interne allemand siégera à Wiesbaden du 13 au 16 avril.

Congrès des Naturalistes allemands. — Le 70e Congrès annuel des naturalistes et médecins allemands s'ouvrira le 19 septembre à Düsseldorf.

Union des Femmes de France. — La conférence du mercredi 9 février, à l'Union des femmes de France, a été faite au siège de la Société, 29, Chaussée-d'Antin, à quatre heures, par le Dr Poirier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, sur le sujet suivant : *Chirurgie de famille.*

L'Œuvre des Enfants Tuberculeux. — L'assemblée générale de l'œuvre des Enfants tuberculeux a eu lieu cette semaine dans la salle de la Société des Agriculteurs de France et a été présidée par M. Georges Picot, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales et politiques. Après une allocution du Dr Hérard, M. Georges Picot a énuméré les victoires que l'œuvre remporte chaque année sur la tuberculose. A l'hôpital de Villiers-sur-Marne, où sont soignés les adolescents, les guérisons ont atteint, en 1897, la moyenne de 26 0/0; à l'hôpital d'Ormesson, qui ne reçoit que des enfants, elles sont allées jusqu'à 34 0/0. M. Georges Picot a félicité tous ceux au dévouement desquels sont dus ces résultats. Puis M. d'Ayguevives, au nom de la commission des finances, a constaté la situation prospère de l'Œuvre; enfin, M. le Dr Léon Petit a fait un chaleureux appel à des concours nouveaux qui en permettront le développement.

Le cas de M. le Dr Laporte. — M. le Dr Laporte, qui fut, en octobre dernier, condamné à la peine de trois mois de prison, avec application de la loi Bérenger, pour homicide par imprudence, ayant fait appel, on s'en souvient, comparaîtra le vendredi 25 février devant la 7e chambre de la cour, présidée par M. Potier. Le rapport sera fait par le conseiller Ayrault. L'avocat général Blondel soutiendra la prévention et M. Henri Robert présentera, comme devant les juges correctionnels, la défense du Dr Laporte.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés *Officiers de l'instruction publique* : MM. les Drs Chambellan, médecin de la Société amicale et de prévoyance de la Préfecture de Police ; Lestage de Payanne (Landes) ; Mme Pilliet (Blanche-Adélaïde), professeur à l'Association des Dames françaises ; MM. les Drs Renouard, professeur à l'Association des Dames françaises ; Dubost, professeur à l'Association des Dames françaises; notre excellent ami et compatriote M. le Dr Dodin (Lucien), maire de Challans (Vendée).

Ont été nommés *Officiers d'Académie* : MM. les Drs Loubrieu, médecin de la Société amicale et de prévoyance de la Préfecture de Police ; Druillet, de Cazaubon (Gers); Puyo, de Grenade-sur-l'Adour (Landes) ; Thominet, médecin-inspecteur des écoles du XIXe arrondissement ; Deblenne, médecin de 1re classe de la marine ; Du Breuil (de Rouen); Giraud, directeur de l'Asile d'aliénés de Saint-Yon ; Panel (de Rouen) ; M. Jouault, à Saint-Denis le Gast ; M. le Dr Périer, maire de Champagné-les-Marais (Vendée).

Nominations.— MM. les docteurs dont les noms suivent, ont été nommés membres du Comité d'inspection et d'achats de livres près les bibliothèques de Ligny : M. Caussin ; Provins : M. Chevalier.

Médecins Conseillers généraux. — M. le Dr Ballivet vient d'être élu membre du Conseil général de l'Ain, pour le canton de Gex.

Médecins des Lycées. — M. le Dr Dubar, ancien médecin du lycée de Lille, est nommé médecin honoraire dudit lycée.

Récompenses. — Une *mention honorable,* pour acte de courage et de dévouement, a été décernée à M. le Dr P. Aubert (de Paris).

Banquet du Dr L. Marchand. — Le 18 février, chez Marguery, à 7 heures 1/2, un banquet sera offert au Dr Marchand, promu chevalier de la Légion d'honneur. Le banquet sera présidé par M. le Pr Potain. Les adhésions et les cotisations fixées à 20 francs doivent être adressées à MM. Zeimet et Couvelaire, internes à l'hôpital Boucicaut, rue de la Convention.

Banquet du Dr E. Hirtz. — Les élèves de M. le Dr Hirtz ont eu la pensée de lui offrir un souvenir à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur. Adresser les cotisations à M. Bernheim, interne à Laënnec, ou à M. Lesné, interne aux Enfants-Assistés.

Université de Naples. — Les désordres à l'Université de Naples ont cessé à la suite de l'intervention du recteur et de la ferme attitude de 500 étudiants en médecine qui ont protesté contre ces désordres.

Troubles universitaires en Autriche. — Le gouvernement vient de décider de ne pas céder devant la grève des étudiants allemands et de fermer, s'il le faut jusqu'aux grandes vacances, les quatre universités allemandes de Vienne, de Prague, d'Innsbruck et de Gratz, ainsi que les Ecoles supérieures allemandes, si les étudiants ne reviennent pas à de meilleurs sentiments. Pour le moment, il n'est plus question de lever l'interdiction faite aux étudiants de Prague de porter leurs couleurs en public. Aucun trouble ne s'est d'ailleurs produit à Vienne, ni en province. En présence des récents incidents, le Ministre de l'Instruction publique a adressé à chaque Université et à chaque Polytechnicum une ordonnance prescrivant la cessation des cours du premier semestre, à partir du 7 février. Tous les locaux de ces écoles seront fermés en même temps que les cours seront clos. Le premier semestre finira le 21 février, et le second commencera le 7 mars. Les étudiants qui voudront être inscrits pendant le second semestre devront donner par écrit la promesse formelle qu'ils obéiront aux lois et aux autorités universitaires. Les étudiants contrevenants seront exclus. On annonçait déjà, il y a

quelque temps, de Vienne, d'Innsbrück et de Gratz, que les principaux centres universitaires allemands d'Autriche avec Prague, que les étudiants se mettront immédiatement en grève, au cas où le gouvernement se déciderait à fermer l'Université allemande de Prague, comme on lui attribue, à tort ou à raison, l'intention. La décision du gouvernement a été la conséquence de la résolution prise par les étudiants allemands de ne plus assister aux cours de l'Université, avant le retrait des ordonnances sur le port en public des couleurs de leurs corporations.

Etudiants et Journalistes a Rome. — Une délégation d'étudiants en médecine s'est rendue cette semaine au bureau du journal le *Progreso* de Rome, afin de lui demander la rectification d'un article contenant certaines allégations. Le directeur s'y étant refusé, de nombreux groupes d'étudiants se sont rassemblés devant les bureaux de la rédaction du journal et ont brisé les vitres. La police est intervenue et a été reçue à coups de canne. Plusieurs arrestations ont été opérées.

Epidémie d'Influenza. — *L'influenza à Velluire (Vendée).* — L'épidémie d'influenza sévit à Velluire et dans ses environs avec une rare intensité. Elle s'attaque de préférence aux personnes âgées, et plusieurs ont déjà succombé à cette triste maladie. Le temps brumeux, qui ne cesse qu'à de rares intervalles, est sûrement pour beaucoup dans l'éclosion de cette épidémie.

L'influenza à l'asile de Villers-Cotterets. — Une épidémie d'influenza sévit à la maison de retraite de Villers-Cotterets. D'après l'Agence Nationale, soixante-dix-huit personnes ont succombé depuis le 1er janvier. Ce sont surtout les femmes qui ont été atteintes.

La Lèpre en Russie. — On s'occupe beaucoup en Russie de découvrir tous les cas de lèpre, et comme le nombre des malades atteints de cette affection devient de plus en plus grand au fur et à mesure qu'avance l'enquête médicale, il est question de créer de nouvelles léproseries. Les résultats auxquels est arrivée la Commission qui opère dans le Turkestan et dans les khanats de Bokhara et de Khiva sont tels qu'on juge nécessaire de construire un établissement pour lépreux dans les environs de Tachkent. Cette léproserie serait d'une incontestable utilité, car on y pourrait isoler les 168 lépreux du Turkestan et les 415 lépreux des deux khanats dont nous venons de parler (*Sem. méd*.).

La Peste bovine. — On assure que le Dr Nicolle, directeur du laboratoire bactériologique à Constantinople, a découvert le microbe de la peste bovine.

La Peste a Bombay. — Des postes de quarantaine ont été établis partout pour empêcher l'exode des habitants de Bombay. Le gouverneur, craignant une recrudescence de la peste, qui a encore fait 927 victimes la semaine dernière, et redoutant que le départ d'une grande partie de la population ne propage cette maladie, a publié un ordre par lequel les personnes atteintes de la peste devront se faire transporter, elles et leurs familles, dans un camp sanitaire établi dans l'une des villes qui se trouvent de l'autre côté du port. De nouvelles troupes sont attendues pour le service sanitaire et l'on craint que ces mesures ne provoquent des troubles dans toute la présidence.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — Questions d'oral. 31 janvier : *Epiploon gastro-hépatique. Diagnostic de l'occlusion intestinale.* — 4 février : *Muscles intrinsèques du larynx. Signes et diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début.*

Hôpitaux de Paris. — *L'âge des chefs de service.* — L'Assistance publique a publié l'état du personnel médical des hôpitaux et hospices de Paris au premier octobre 1897. Ce personnel se compose de 127 médecins des hôpitaux, 70 chirurgiens et 16 accoucheurs. Plus 9 médecins des services d'aliénés et 10 médecins pour les établissements annexes situés hors Paris ou dans les départements. Parmi les 127 médecins des hôpitaux, on compte 19 médecins honoraires, dont le plus agé est le Dr Moissenet, qui, étant né le 26 mai 1811, marche gaillardement vers sa 87e année. Parmi les 95 médecins chefs de service en exercice, le plus agé est le Pr Potain qui a dépassé 72 ans depuis le 25 août, et le plus jeune M. Widal qui n'aura 36 ans que le 9 mars prochain. Le plus jeune des médecins non encore placés est M. Claisse, nommé au dernier concours et qui est né le 22 avril 1865. Parmi les 70 chirurgiens des hôpitaux. 4 sont chirurgiens honoraires. MM. Cruveilhier, Marc Sée, Labbé et Guéniot. Le plus jeune est M. Guillemain, qui est né le 10 avril 1864 (*Méd. mod.*).

L'Assistance et l'Hygiène a Paris. — Parmi les propositions qui ont été faites récemment au Conseil municipel de Paris, il en est une de M. Ambroise Rendu, invitant l'Administration à employer les excédents provenant des fondations à revenu distinct au développement des moyens d'action et d'assistance de ces fondations, qui a été renvoyée à la cinquième commission. Les articles du budget concernant les dépenses de l'assainissement de la Seine ont été adoptés. M. Landrin a fait constater à ce sujet que la mortalité par suite de maladies épidémiques, qui fut de 6.000 personnes en 1886, est descendue à 2 000 en 1892.

Une Laparotomie pour corps étrangers du tube digestif. — Un personnage bien connu aux Etats-Unis, sous le nom de l'*Autruche humaine*, a subi la laparotomie il y a quelque temps. Depuis huit ans, en effet, il gagnait son existence à avaler — devant témoins payants — des clous, du verre cassé, etc.; mais à la fin son estomac s'est révolté et il a fallu intervenir. Cet organe renfermait une livre de clous de toute catégorie, gros et petits, avec quelques vis et de nombreux fragments de verre. Son estomac était malgré cela parfaitement normal. (*Rev. scientifique.*)

L'Hygiène du Vêtement dans l'armée. — Lors de la discussion à la Chambre des Députés sur le budget de la guerre, sur le chapitre 34 (habillement et campement, matériel d'exploitation), M. le Dr Paul Vigné a proposé une augmentation de 1.000 francs à titre d'indication pour protester contre la manière dont sont habillés les réservistes. Les procédés antihygiéniques de l'administration de la guerre ont été signalés. Ils entretiennent les maladies contagieuses, les vêtements prétendus désinfectés contenant le germe d'horribles maladies de peau et en particulier de la pelade. M. Boudenoot, rapporteur, a accepté l'amendement. Il a signalé, dans son rapport, la façon défectueuse dont on habille les réservistes, et la commission reconnait qu'il importe d'y remédier. M. Gauthier (de Clagny) a insisté dans le même sens. Il est absolument honteux de voir nos réservistes habillés de misérables loques; il y a danger, et pour la santé et pour la dignité du soldat. Le Ministre a rappelé que, dès l'année dernière, M. Paul Delombre, président de la commission du budget, ayant appelé son attention sur cette question, il s'en est aussitôt préoccupé, et, à la date du 16 juin 1897, il a prescrit l'application d'un nouveau règlement en vue de remédier à cette situation.

Un Docteur reçu à 76 ans. — La Faculté de Médecine de l'Université de Varsovie a conferé le grade de docteur au doyen des étudiants, M. Borysik, âgé de... soixante-seize ans. M. Borysik avait terminé ses études moyennes en 1847, et fut obligé, faute de ressources, d'accepter un emploi de précepteur, qu'il occupa pendant dix ans. En 1857 il entra à l'Université; mais sa participation aux événements politiques de l'époque l'obligea à se réfugier à l'étranger. Il était rentré récemment en Russie. Le « jeune » docteur va s'établir en Lithuanie.

Exercice illégal. — Il vient de se passer en Autriche un fait assez bizarre. On sait qu'il n'est pas de pays aussi hospitalier aux rebouteux que l'empire de François-Joseph. L'un de ces modernes sorciers, non content de la liberté qu'on lui laissait de prescrire des médicaments sans avoir la moindre notion de médecine, eut l'audace d'adresser à l'empereur une pétition qui, détail invraisemblable, était appuyée par le gouvernement provincial et par laquelle il réclamait le droit de pratiquer sa petite industrie comme il l'entendrait. *Cette pétition fut favorablement accueillie par l'autorité impériale !*

Or, la Chambre médicale de la Haute-Autriche ayant voulu protester énergiquement, il lui fut répondu que « la situation politique ne permettait pas de tenir compte de ses protestations », car c'était sur les instances d'un médecin, le Dr Ebenhoch, que le guérisseur avait obtenu gain de cause. Le Dr Ebenhoch est député et... futur ministre, parait-il. Tout s'explique (*Echo de Paris*, 1er décembre).

Les Infirmiers coloniaux. — Un infirmier colonial était poursuivi. Devant quelle juridiction devait-on le traduire? Devant un Conseil de guerre? Non, répondait le Ministère de la Marine, cet infirmier n'est pas militaire, puisqu'il relève de l'Administration coloniale ! Devant un Tribunal civil des colonies? Non, répondait le Ministère des colonies, alléguant que le décret du 14 février 1889 avait reconnu à cet infirmier la qualité de militaire ! La Cour de Cassation fut chargée de statuer. La Cour suprême, dans un arrêt du 30 décembre 1897, a proclamé la compétence des Conseils de guerre; elle déclare dans un des nombreux motifs de son arrêt « que les infirmiers coloniaux, qui sont assimilés aux infirmiers des hôpitaux de la marine par le décret d'organisation du 14 février 1889, sont, en vertu de ce décret et au même titre que les infirmiers des hôpitaux de la marine, justiciables des Conseils de guerre, conformément aux dispositions de l'article 77 du Code de justice militaire pour l'armée de mer ; qu'il importe peu que les services coloniaux ne soient plus rattachés au Ministère de la Marine et que le corps des infirmiers coloniaux relève actuellement du Ministère des Colonies, créé par la loi du 20 mars 1894; qu'il y a lieu de reconnaitre que le décret du 14 mars 1889, rendu sur le rapport du Ministre de la Marine et des Colonies, a statué compétemment lorsqu'il a assimilé le personnel des infirmiers affecté au service des hôpitaux des colonies, dépendant alors de

la marine, aux infirmiers des hôpitaux de la marine; qu'aucune modification n'a été apportée aux dispositions de ce décret, qui doit, dès lors, recevoir son exécution devant les Conseils de guerre, etc., etc » La Cour annule, en conséquence, le jugement d'incompétence du Conseil de guerre et renvoie l'affaire devant la juridiction militaire.

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE DE CONSTANTINOPLE. — On écrit de Constantinople, le 24 janvier, que le laboratoire de bactériologie, créé par Pasteur à Constantinople, sur la demande du sultan, vient de rouvir ses portes, après un long chômage causé par l'incurie de l'administration publique et le manque de fonds. Le chargé d'affaires de l'ambassade de France, M. de la Boulinière, étant intervenu d'un côté, tandis que la Société impériale de Médecine adressait d'autre part une vive protestation au palais, l'attention du sultan a été attirée sur l'état précaire d'une fondation à laquelle il a toujours porté le plus vif intérêt. Des ordres ont été donnés pour que le Dr Nicolle ne manquat désormais de rien, et toutes les garanties lui ont été offertes à ce sujet. L'affaire va prendre, dit-on, un extension nouvelle et se développer beaucoup.

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE. — M. d'Estournelles, député de la Sarthe, a adressé au Ministre de la Justice la lettre suivante : « Un procès en diffamation, pendant devant le tribunal de La Flèche, met en question les garanties nécessaires à l'administration des fonds qui doivent assurer aux indigents le bénéfice de l'assistance médicale gratuite. Je crois devoir vous demander quelques explications à ce sujet et je vous serai reconnaissant de me faire savoir quand il vous sera possible de me répondre à la tribune. Veuillez, etc. D'ESTOURNELLES. »

LES DOCTORESSES MARIÉES. — M. Raymond, le joyeux artiste du Palais-Royal, qui s'appelle à la ville M. Perrée, a pour femme Mme Perrée, la doctoresse ho néopathe bien connue.

LA MALADIE DE L'HYPNOTISME EN AMÉRIQUE. — Les habitants de la ville d'Orange, dans l'Etat de New-Jersey, sont depuis quelque temps atteint d'une manie singulière : la maladie de l'hypnotisme. On peut même dire que c'est une véritable folie, car on ne rencontre plus par les rues qu'hypnotiseurs ou hypnotisés, hommes et femmes, enfants et vieillards. La cause immédiate de cette folie d'un genre nouveau et un jeune médecin de l'endroit qui a inventé, paraît-il, un appareil permettant à toute personne d'un tempérament nerveux de se magnétiser elle-même en deux ou trois minutes au maximum. On peut également, à l'aide de cet appareil, magnétiser les autres avec la plus grande facilité, à condition toutefois qu'il n'y ait pas résistance formelle du sujet à la volonté de l'opérateur. — Le *globe hypnotique*, tel est le nom de l'invention, se compose essentiellement d'une petite boule en verre de quatre centimètres teintée en bleu, et au centre de laquelle est fixée une aiguille d'acier. Cette boule est placée sur un support de bois Il suffit de braquer ses yeux à une distance de quinze centimètres et pendant deux ou trois minutes, sur la pointe de l'aiguille, pour goûter aussitôt toutes les sensations, agréables ou pénibles, de l'hypnose.

LE PAIN FALSIFIÉ. — Le pain cher a été à l'ordre du jour; plus intéressante peut-être est la question du pain falsifié. A la séance du 26 octobre dernier, le Pr Planchon a communiqué à l'Académie de Médecine une note des Drs Labesse et Bleunard, professeurs à l'Ecole de Médecine d'Angers, de laquelle il résulte que dans une fourniture de farine ils ont découvert, grâce aux rayons Rœntgen, quarante pour cent de matières minérales « constituées surtout par de la silice et des sels insolubles de chaux ». Ainsi on trompe sur la farine d'une épouvantable façon, car il s'agit d'un stock représentant un prix très élevé et devant produire des milliers de kilogrammes de pain! Les Chambres pourraient peut-être intervenir utilement pour empêcher une pareille falsification, constituant une atteinte à la santé publique et un vol inexcusable.

ENFANTS DE MÉDECINS. — La femme d'un médecin de Saint-Pétersbourg, Mme T..., a attenté, le 29 novembre dernier, pendant l'absence de son mari, à la vie de ses trois enfants, au moyen d'un revolver chargé, que le médecin tenait enfermé dans son bureau, dont elle avait forcé la serrure. L'un de ces enfants, petite fille de huit ans, put se soustraire au danger en s'enfuyant dans une chambre voisine, où elle s'enferma à clef; mais un bébé de dix-huit mois fut tué sur place, d'une balle à la tempe, et un garçon de cinq ans fut si grièvement blessé qu'on a peu d'espoir de le sauver. On désespère aussi de la vie de la mère, qui s'est ensuite tiré un coup de revolver au visage La malheureuse a accompli ces différents crimes sous l'influence d'un accès d'aliénation mentale, et elle avait eu soin d'éloigner sa servante, en l'envoyant en commission.

LE Dr GOIFFON. — Qui ça, le Dr Goiffon? Tout simplement un illustre inconnu, un précurseur ignoré, ou si bien oublié que c'est tout comme, — et l'inventeur pourtant, l'inventeur bafoué, de la théorie microbienne, il y a tantôt deux cents ans. Médecin de Lyon et ancien échevin de cette ville, Goiffon faisait imprimer, au début du XVIIIe siècle, un opuscule de 60 pages, maintenant rarissime et dont le seul exemplaire peut-être est conservé à la Bibliothèque nationale. Cet ouvrage, qui traite des *Venins et Pestilences*, ne peut laisser aucun doute sur les théories du médecin lyonnais. Sans doute Pasteur lui-même ignorait Goiffon; car, avec sa probe conscience, il n'eût pas manqué de citer ce pionnier de la théorie microbienne, et de l'associer à sa gloire si légitime.

ANNONCES BIZARRES. — Annonce lue dans un journal : « Répétitions de sciences physiques et naturelles, latin, anglais, par un pharmacien de 1re classe, bachelier ès lettres et ès sciences. *Ferait ours.* » — Quelle sorte d'*ours*?

NÉCROLOGIE. — M. le Dr WOLDEMAR DE SCHRŒDER, professeur de pharmacologie expérimentale à l'Université de Heidelberg. — M. le Dr BRECX (de Bruxelles). — M. le Dr CHEVASSUS (de Paris). — M. le Dr Pierre COMBES, chef des travaux d'histologie près la Faculté de Montpellier. — M. le Dr MARQUEZ (de Redon). — M. Albert GAUTHIER-VILLARS, l'imprimeur-éditeur scientifique bien connu, est décédé à la suite d'une longue et douloureuse maladie, à l'âge de soixante-neuf ans. Il était le père de notre très spirituel confrère Willy et de M. Albert Gauthier-Villars, qui a recueilli la succession de la librairie scientifique de son père.

Asile d'Aliénés de Navarre près Évreux (Eure).

Demande d'interne, 12 inscriptions; traitement 800 francs, logement, nourriture, chauffage, éclairage et blanchissage. S'adresser au médecin-directeur de l'Asile.

VACANCE MÉDICALE. — Un jeune docteur, ancien interne d'un asile d'aliénés, demande un poste dans un établissement départemental d'aliénés ou dans une maison privée.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL BROCA, 111, rue Broca. — *Leçons cliniques de Gynécologie.* — M. le Dr S. POZZI, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Broca, a commencé ses leçons cliniques le vendredi 4 février, à 10 heures du matin, et les continuera les vendredis à la même heure. — Le mercredi, de 9 à 10 heures, démonstrations d'*Histologie pathologique* (Gynécologie) par le Dr LATTEUX, chef du laboratoire de l'hôpital Broca. Lundi et mercredi, à 10 heures, opérations.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL TROUSSEAU. — M. KIRMISSON, leçons cliniques les mardis et samedis, à 10 heures.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Maladies du système nerveux.* — M. le Dr DÉJERINE: leçons cliniques sur les maladies nerveuses le jeudi, à 5 heures. Le mercredi matin, à 9 h. 1/4, examen des malades de la consultation externe. Le cours a lieu dans la salle de la consultation externe.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr BAZY, consultations pour les maladies des voies urinaires (reins, vessie, etc.), les mardis, jeudis et samedis à 9 h. 1/2. — M. HALLOPEAU. *Maladies cutanées et syphilitiques*, salle des conférences, le dimanche, à 9 h. 1/2.

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. VII. N° 8. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 19 FÉVRIER 1898.

Le Progrès Médical

ÉLECTROTHÉRAPIE

Conférences d'électrothérapie de la Charité.

Par le Dr L.-R. REGNIER, ancien Interne des hôpitaux, Chef du Laboratoire d'électrothérapie de la Charité.

Messieurs,

L'enseignement que je compte vous faire ici pendant le semestre d'hiver sera à la fois théorique et clinique. Je vais tout d'abord vous en expliquer les raisons. Ceux d'entre vous qui ont passé par l'ancien régime d'études savent combien peu la physique électrique était enseignée à l'Ecole de Médecine. Ceux qui passent aujourd'hui par la Faculté des Sciences sont, sous ce rapport, un peu mieux partagés. Et cependant là encore l'enseignement pèche par sa base ; car, pour les étudiants qui le suivent, les rapports qui unissent la physique électrique à l'électrothérapie ne sont pas encore saisissables. Et c'est cependant aux progrès réalisés par la physique électrique depuis vingt ans, aussi bien qu'à ceux de l'électrophysiologie, que l'électrothérapie doit d'être aujourd'hui ce qu'elle est.

Si, d'autre part, vous consultez les livres d'électrothérapie, votre embarras devient plus grand. La plupart sont surchargés de détails physiques très utiles au spécialiste, mais pour la plupart sans intérêt pour le praticien qui les passe ou ne les lit qu'avec ennui. La partialité presque exclusive de certains auteurs pour une forme de courant plutôt que pour une autre augmente votre incertitude. Le manque de détails sur les modes d'application des courants, l'opportunité de ces applications, leur durée, leur fréquence, rendent les tentatives de thérapeutique électrique difficiles au débutant qui n'a pas vu un spécialiste à l'œuvre. Il n'obtient pas les effets désirés, quelquefois même il provoque des accidents, et voilà de quoi le dégoûter à tout jamais d'un moyen pourtant fort utile lorsqu'il est employé à propos et convenablement.

Il en est de l'électricité comme des autres médicaments. Avant de prescrire ces derniers, vous apprenez à connaître leur nature, leur mode de préparation, leurs propriétés physiques, chimiques, biologiques, les doses à employer, la manière de les espacer.

De même il vous faudra connaître les sources de l'électricité médicale, ses propriétés physiques, chimiques et biologiques, et c'est pour vous donner ces notions indispensables que quelques leçons théoriques sont ici nécessaires.

L'utilité de la clinique électrothérapique n'est pas moins évidente.

C'est au lit du malade, une fois le diagnostic fait, que les indications thérapeutiques se posent et qu'on vous apprend à formuler et à administrer les médicaments.

C'est aussi sur le malade qu'il faut apprendre à appliquer l'électricité, car alors il ne s'agit pas seulement de connaître les doses et les formes de courants mais aussi les points par lesquels l'énergie électrique doit pénétrer dans l'organisme pour être réellement efficace.

L'électricité ne sert pas d'ailleurs qu'au traitement des maladies ; souvent elle a à intervenir comme élément de diagnostic, aussi précieux que le stéthoscope ou le sphygmographe, souvent même indispensable pour affirmer la réalité d'une manifestation morbide ou sa localisation. Je vous enseignerai aussi comment on s'en sert dans ce but.

Dans ces conférences, je vous présenterai de préférence les cas que vous êtes appelés à rencontrer dans la pratique journalière et qu'on peut traiter facilement sans appareils dispendieux. C'est là, je pense, sa véritable utilité.

Sources de l'électricité employée en thérapeutique. — On peut produire l'énergie électrique par différents procédés : le plus anciennement connu est le *frottement*. Lorsqu'on frotte un morceau d'ambre ou un bâton de caoutchouc avec un morceau d'étoffe de laine et qu'on les sépare ensuite, il se produit de l'énergie électrique qu'on peut mettre facilement en évidence en approchant ces corps de fragments de papier léger qui sont attirés et viennent adhérer un moment au corps électrisé, puis retombent. Harksbee (de Copenhague) appliqua le premier ce principe à la construction d'un appareil, depuis perfectionné, et qui porte le nom de machine statique.

En 1780 Galvani découvrait que lorsque deux métaux sont mis en contact par l'intermédiaire d'un nerf, il se produit un courant électrique qui provoque une secousse musculaire. De la discussion qui eut lieu ensuite entre Galvani et Volta à ce sujet, naquit la pile dans laquelle l'énergie électrique est mise en liberté par l'action d'un liquide acide sur un métal. C'est la source chimique de l'électricité. Œrsted, en 1820, montre que l'aiguille aimantée mise en présence d'un courant de pile tend à se mettre en croix avec lui. Cette découverte fut le point de départ de l'invention de la boussole et du galvanomètre.

En 1832 Faraday étudie l'action des courants sur les courants et Ampère celle des aimants sur les courants. Il en résulte la création des appareils à courants induits, dont la bobine de Rumhkorff est le type et des apppareils magnéto électriques, dont le premier fut créé par Clarke ; un peu plus tard Gramme construisait sur le même principe la première machine dynamo-électrique. C'est la source magnétique de l'électricité. Tous ces appareils sont aujourd'hui employés en électrothérapie. Mais quelle que soit la diversité des effets produits, la nature de l'agent employé est toujours la même, et quel que soit le procédé qu'on emploie pour faire apparaître l'énergie électrique, le principe est toujours le même : un mouvement moléculaire. Nous allons l'étudier plus en détail.

Lorsque je fais tourner les plateaux de la machine que vous voyez (*Fig.* 15), les balais en frottant sur leur surface déterminent un ébranlement moléculaire, sur la nature duquel nous ne sommes pas encore fixés, mais qui a pour résultat de faire apparaître une crépitation particulière. Puis vous voyez, sur les pointes des peignes qui sont de chaque côté des plateaux, des aigrettes lumineuses et si je rapproche les boules métalliques jointes à ces peignes par des tiges rigides, une étincelle se produit. C'est le mouvement qui a déterminé l'apparition de l'énergie électrique, ou fluide comme on

l'appelait autrefois. Dans la pile le même phénomène se produit. Au contact de la solution acide le zinc est attaqué, l'équilibre électrique du corps est rompu et le zinc se charge d'électricité négative tandis que le charbon se charge d'électricité positive. Il y a encore là un mouvement moléculaire provoqué par la décomposition chimique.

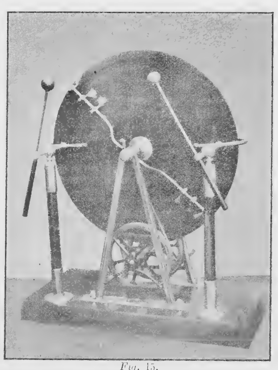


Fig. 15.

Le courant induit naît dans une bobine, lorsqu'on en approche un aimant ou une autre bobine dans laquelle circule un courant, ou quand ce courant augmente de force. Le courant induit est de sens inverse à celui qui lui donne naissance. Si l'aimant ou la bobine s'éloignent du circuit induit, ou si le courant dans la bobine inductrice, diminue d'intensité, il se produit dans la bobine induite un courant de même sens. C'est encore un mouvement qui produit la manifestation de l'énergie électrique, mais par un mécanisme un peu différent. Dans ce mode de production de l'électricité entre un autre facteur qui a aussi son importance, c'est celui qu'on appelle le phénomène de l'*influence*.

Vous vous rappelez le principe de physique qui s'énonce ainsi : les corps chargés d'électricité de nom contraire s'attirent, les corps chargés d'électricité de même nom se repoussent.

Voici comment on l'explique aujourd'hui. On admet que l'énergie électrique se trouve en puissance répandue uniformément dans tous les corps. Elle est alors à l'état dit neutre.

Mais que, pour une raison quelconque, l'équilibre vienne à être modifié, une partie de la puissance électrique sera accumulée d'un coté, tandis qu'elle diminue de l'autre et alors se constituent les états dits positif et négatif. Dans l'état positif il y a accumulation, dans l'état négatif, raréfaction de l'énergie électrique. Mais si la cause qui a détruit l'équilibre électrique ne continue pas à agir, celui-ci tend à se recombiner et le corps revient à l'état neutre.

C'est pourquoi, lorsque deux corps chargés d'électricité de nom contraire se trouvent en présence, celui qui est le plus chargé tend à céder de son énergie à celui qui l'est moins, et si ces corps sont mobiles, ils se trouvent attirés l'un vers l'autre, et celui qui est chargé positivement cède une partie de son fluide à l'autre, et les deux corps reviennent à l'équilibre.

La différence quantitative de puissance électrique qui existe entre un corps électrisé et le milieu ambiant à l'état neutre est appelée *potentiel*.

La chute de potentiel, c'est-à-dire le retour du corps électrisé à l'état d'équilibre du milieu ambiant peut s'opérer de deux façons : brusquement par *décharge* ; progressivement sous forme de *courant*.

Nous verrons les décharges et les courants utilisés en médecine.

Mais ce que je veux tout d'abord vous faire bien comprendre c'est que, quelle que soit la source d'électricité employée, c'est toujours par une action analogue qu'elle est mise en évidence.

Lorsqu'un corps électrisé se trouve en présence d'un autre à l'état neutre, il influence celui-ci, attire l'électricité de nom contraire à celle dont il est lui-même chargé, pour se mettre, s'il n'y a pas d'obstacle, en état d'équilibre.

Mais si entre les deux corps dont je viens de vous parler, on en interpose un qui oppose un obstacle au passage de l'énergie électrique, les deux corps restent chargés, jusqu'au moment où la résistance du corps interposé étant vaincue, un retour brusque à l'état d'équilibre se produit. C'est le phénomène de la décharge.

Supposez maintenant une bobine chargée s'approchant d'une bobine non chargée. Elle influence l'énergie latente à l'état neutre de cette dernière en attirant le fluide de nom contraire. D'où le courant de sens contraire. Si elle s'éloigne du corps influencé, l'état d'équilibre tend à se reproduire, d'où courant direct. De même dans la pile, l'équilibre rompu au niveau du métal influence les molécules liquides voisines, en attirant l'électricité de nom contraire, et ainsi les deux métaux qui constituent les réservoirs d'électricité se trouvent chargés l'un positivement, l'autre négativement.

Qu'est-ce qui crée donc les différences des effets produits par l'électricité provenant de sources différentes? C'est que dans nos appareils l'électricité est accumulée de deux façons différentes : en *tension* ou en *quantité*. Je vous expliquerai bientôt ce qu'il faut entendre par ces deux termes.

Appareils médicaux. — Voyons maintenant comment on utilise les diverses sources que je viens de vous énumérer.

Le frottement est utilisé dans les appareils appelés *machines statiques*. Il en existe de différents modèles. Celle que je vous présente ici est une Wimshurst. Elle se compose de deux plateaux d'ébonite tournant en sens inverse au moyen d'une manivelle actionnant des poulies, sur lesquelles passent des courroies transmettant le mouvement aux plateaux.

Sur chaque côté des plateaux sont des peignes qui recueillent le fluide électrique et le transmettent aux tiges métalliques terminées par des boules, que supportent des pieds isolants en verre.

Cette machine est très avantageuse, parce qu'elle tient peu de place, est peu sensible à l'action de l'humidité et s'amorce facilement.

Pour faire tourner les plateaux on peut, comme cela est indiqué dans la figure ci-jointe, employer un petit moteur électrique actionné, soit directement par le courant de la ville, soit par des accumulateurs, soit par une batterie de piles (*Fig.* 16).

Les appareils utilisant l'action chimique ont pour base essentielle la *pile* (*Fig.* 17). Il y en a de deux ordres : les appareils dits à courant continu, et les galvano-cautères. L'appareil à courant continu que je vous présente, se compose essentiellement : 1° d'une pile composée de plusieurs éléments réunis en *série* ou en *tension*, c'est-à-dire que le pôle négatif du 1er élément est joint

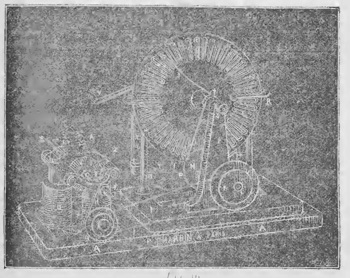


Fig. 16.

au pole positif du 2e et ainsi de suite. Cette disposition est destinée à donner à la somme d'électricité fournie par ces éléments une forte pression, de façon à ce qu'elle produise le maximum d'effet possible ; 2° sur le couvercle de la boîte vous voyez deux *bornes* marquées + et —, c'est-à-dire positif et négatif ; ces bornes sont reliées par des fils, l'une au pôle positif du premier élément de la pile, l'autre au pôle négatif du dernier.

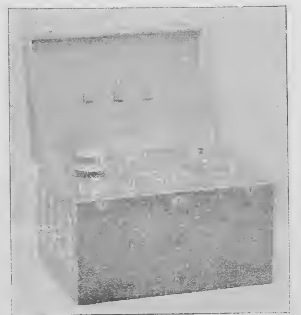


Fig. 17.

En arrière des bornes se trouve un cadran avec une aiguille. C'est le *galvanomètre* ; et l'*interrupteur renverseur*, petit cylindre mi-partie ébonite et métal, fixé sur un pivot et qui glisse à frottement doux entre deux ressorts placés dans le circuit de la pile.

Il faut choisir pour la pratique journalière un appareil qui soit d'un transport facile, c'est-à-dire pas trop volumineux, ni trop lourd, et dont la mise au repos soit absolue lorsqu'il ne sert pas, faute de quoi la pile s'use sans profit. Il est nécessaire pour cela que dans l'appareil au repos, le liquide soit absolument séparé des métaux qu'il attaque. C'est pourquoi les appareils à *treuil*, comme celui que je vous montre ici, sont préférables.

Il y a avantage à prendre un appareil dont les éléments sont à grande surface, parce qu'ils s'usent moins vite et qu'on a par conséquent moins souvent besoin de les recharger.

Le galvanomètre doit être gradué en *milliampères*, parce que c'est la notation aujourd'hui adoptée pour mesurer la force ou *intensité* de l'énergie électrique employée. Un galvanomètre gradué à 50 milliampères et muni de *shunt*, qui permettent de multiplier cette division par 2 et par 5, remplit toutes les conditions voulues. Choisissez aussi de préférence un *galvanomètre apériodique*, parce qu'on n'a besoin ni de l'orienter, ni d'en immobiliser l'aiguille pendant qu'il est au repos.

La forme de l'interrupteur et des bornes est sans importance ; je n'y insiste donc pas.

Le galvano-cautère se compose essentiellement d'une pile à grande surface, reliée à des bornes qui transmettent, par l'intermédiaire de fils et d'un manche isolant, le courant à des cautères en fil de platine de formes variées suivant les besoins.

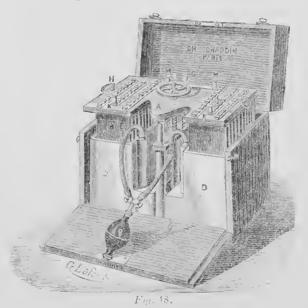


Fig. 18.

Dans les piles qui servent pour les galvano-cautères les métaux plongent ensemble dans le même liquide et sont réunis les uns aux autres par pôles de même nom. C'est ce qu'on appelle le *couplage en quantité* (*Fig.* 18). Chaque pôle aboutit, comme dans les appareils précédents, à une borne dans laquelle on fixe les fils destinés à transmettre le courant au manche isolant et au cautère. Comme pour les appareils précédents et pour les mêmes raisons, il y a avantage à choisir des appareils à treuil.

Il y a d'autres modèles de galvano-cautères, comme celui que je vous présente ici, dans lesquels le courant est fourni par un *accumulateur*.

On appelle ainsi un appareil dans lequel l'énergie électrique est emmagasinée par une autre source d'électricité : pile ou dynamo-électrique. Ces accumulateurs

*

ne sont pratiques que si on habite une ville où on puisse les faire recharger facilement (*Fig.* 19).

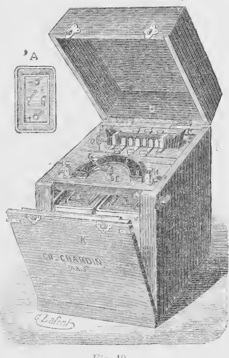


Fig. 19.

Les galvano-cautères à accumulateurs sont pourvus d'un *rhéostat* qui sert à graduer l'intensité du courant.

Les appareils à courants induits dans lesquels l'électricité est produite par l'action d'un courant ou d'un aimant sur une bobine secondaire sont de deux sortes : les *volta-faradiques* et les *magnéto-faradiques*.

Dans les premiers le courant est fourni par un ou deux éléments de pile, dans les seconds par un aimant devant lequel on fait tourner, au moyen d'une manivelle, les bobines induites. L'appareil volta-faradique est, pour le praticien, le plus commode. Il se compose, outre la pile, d'une bobine primaire, d'une ou plusieurs bobines secondaires, d'un trembleur.



Fig. 20.

Il faut, lorsque vous choisirez un appareil, vous assurer : 1° que le trembleur est à oscillations variables de 8 à 10 par seconde à 100 ou 150 ; 2° que l'appareil a deux bobines secondaires, une à gros fil, une à fil fin.

Il y a en effet deux types d'appareils volta-faradiques. Dans le premier (*Fig.* 20), les deux bobines primaire et secondaire inamovibles sont engaînées l'une sur l'autre et séparées par un tube métallique, qu'on tire au dehors à mesure qu'on veut augmenter l'intensité du courant.

L'inconvénient de ces appareils est que le fil de la bobine secondaire est long et fin, pour donner le maximum de tension possible. Le fil secondaire est d'autant plus fin que l'appareil est plus petit. Or, ce courant à haute tension agit surtout sur les nerfs sensibles, moins sur les nerfs moteurs et les muscles. Aussi, le traitement d'une paralysie motrice, fait dans ces conditions, est-il très douloureux.

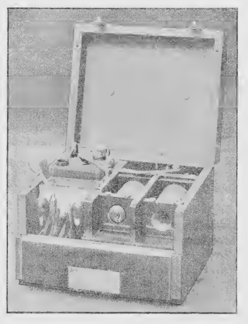


Fig. 21.

Dans les appareils dits *à chariot* (*Fig.* 21), la bobine secondaire est mobile sur la primaire et peut même s'enlever complètement. On peut donc avoir une bobine à fil fin, qui donne plus de tension et moins de quantité, et une bobine à gros fil, qui donne plus de quantité sous une tension plus faible et on peut, suivant la maladie qu'on a à traiter, engainer l'une ou l'autre bobine sur la primaire.

Je vous engage donc à ne pas vous munir des appareils dits de poche, qui sont d'un transport facile, mais insuffisants pour tous les besoins, et de leur préférer un appareil à chariot un peu plus volumineux il est vrai, mais qui vous donnera les divers effets nécessaires.

Les fils conducteurs ou *rhéophores* destinés à conduire le courant des appareils aux *électrodes*, par l'intermédiaire desquelles on le fait pénétrer dans l'organisme, sont formés de faisceaux de fils de cuivre plus ou moins fins isolés par des gaines de caoutchouc ou de soie. Les fils isolés dans le caoutchouc sont généralement d'un diamètre un peu plus fort et servent pour les applications galvaniques de *quantité*. Les fils isolés dans la soie, plus fins, servent pour les applications en *tension*. Mais cette distinction est plutôt subtile et n'a pas en pratique une grande importance, la résistance du fil étant négligeable par rapport à la force des appareils. Aussi, les deux variétés de fils peuvent-elles servir également aux appareils à courant continu et aux volta-faradiques. Il est cependant prudent d'en avoir deux paires pour pouvoir remplacer immédiatement un des fils qui serait détérioré ou cassé.

Quant aux électrodes qui servent à faire passer le courant dans l'organisme, je vous les montrerai à propos de chaque application.

Nous avons vu que l'électricité peut être utilisée sous forme de *décharge* ou sous forme de courant. C'est cette dernière qui est la plus usitée. Aussi, vais-je tout d'abord vous exposer : 1° les conditions nécessaires à leur production; les différentes variétés de courants utilisées.

Pour que le courant se produise, il faut : 1° que le potentiel soit plus élevé à un pôle qu'à l'autre ; 2° que ces deux pôles soient réunis par un corps conducteur.

Vous voyez ici, lorsque la machine statique est mise en mouvement et que les excitateurs sont très rapprochés l'un de l'autre, se produire un flux continu qui va du pôle positif au négatif.

De même ici, lorsque je tourne la manette du collecteur de l'appareil à courant continu, l'aiguille avance sans à coups sur le cadran du galvanomètre. Mais pour que le courant se produise il faut que les deux pôles de la pile soient réunis l'un à l'autre par un fil conducteur.

Les courants sont utilisés sous deux formes : 1° l'état permanent ; 2° l'état variable.

Le courant est dit à l'état permanent lorsque, arrivé à une certaine intensité, il la garde pendant toute la durée de l'application. Il est à l'état variable, au contraire, lorsque pendant le cours de l'application l'intensité varie à chaque instant : c'est le cas des courants induits, volta-faradiques ou magnéto-faradiques.

La décharge se produit lorsqu'un corps chargé d'une certaine quantité d'électricité la cède brusquement à un autre. L'étincelle produite par la machine statique est une décharge.

Dosage de l'électricité. — Maintenant que nous savons les diverses formes de courants à employer, les modes de préparation de ces courants, il nous faut savoir les doser et connaître les moyens d'apprécier la dose employée.

Cette dose, c'est l'*intensité*, c'est-à-dire la quantité de force électromotrice qui parcourt un corps conducteur pendant une seconde.

Cette quantité dépend de deux facteurs. L'énergie de la force électromotrice et la résistance que le corps conducteur oppose au passage de cette force.

L'unité de force électromotrice adoptée en 1881 par le Congrès des Electriciens, a pris le nom de *volt*. C'est la force d'une pile Daniell de 1 élément.

L'unité de résistance adoptée dans le même Congrès est l'*ohm*. C'est la résistance que présente un fil de cuivre de 50 mètres de long et de 1 millimètre de diamètre.

Avec un courant de 1 volt parcourant un fil d'une résistance de 1 ohm, nous avons l'intensité de 1 *ampère*. L'ampère est l'unité d'intensité. C'est ce que vous trouvez traduit dans les livres par la formule $I = \frac{E}{R}$.

Pour les applications de courants voltaïques ou courants de pile au corps humain, on n'atteint jamais cette intensité, aussi a-t-on adopté comme unité de mesure le *milliampère*, égal à la millième partie de 1 ampère.

Si donc vous faites traverser par un courant de 1 volt une résistance de 1.000 ohms, vous aurez 1 milliampère d'intensité. Si la résistance est de 10.000 ohms, vous aurez avec le même courant une intensité de 1/10 de milliampère. Supposons que vous vouliez appliquer à ce corps d'une résistance de 10.000 ohms un courant de 10 milliampères, il vous faudra augmenter 100 fois la force électromotrice du courant. Comment faire pour cela? Il faut ajouter à votre élément de pile de 1 volt 99 autres semblables et les relier entre eux par leurs pôles contraires. C'est ce que vous voyez réalisé dans nos appareils médicaux et voici pourquoi. La résistance du corps humain étant en moyenne de 3.000 ohms, avec un courant de 1 volt, vous n'obtiendrez, conformément à la formule ci-dessus indiquée, qu'un courant = 1/3.000 d'ampère ou 1/3 de milliampère. Si vous voulez une intensité de 10 milliampères, il faut donc augmenter la force électromotrice et pour cela faire entrer dans le circuit un plus grand nombre d'éléments.

Les piles employées dans les appareils médicaux ayant généralement une force électro-motrice de 2 volts un appareil de 24 éléments suffit à tous les besoins de la pratique ordinaire.

Dans les galvano-cautères, au contraire, la résistance du métal employé (le platine), est relativement faible. Supposez que pour chauffer le cautère, il soit nécessaire d'avoir un courant de 1 ampère, la résistance du cautère étant de 1 ohm — 1 pile de 1 volt suffira. Or, la résistance des cautères est rarement supérieure à 4 ohms, et l'intensité nécessaire ne dépasse pas 2 ampères, c'est pourquoi les galvano-cautères sont généralement munis d'une batterie de 2 éléments. Dans ces éléments les plaques de zinc sont reliées ensemble et celle de charbon également. C'est le couplage *en quantité*. Pourquoi l'emploie-t-on? C'est que dans ce cas il ne faut pas une grande force électromotrice, puisque la résistance que le courant doit vaincre est faible, mais il faut que l'énergie électrique soit rapidement fournie et incessamment renouvelée, c'est pourquoi on augmente la surface des éléments, en plongeant dans le liquide actif plusieurs plaques de zinc et de charbon.

Pour les applications de courants, il est encore une notion utile à connaître, c'est celle de la *densité*. On appelle ainsi le rapport de l'intensité d'un courant à la section du conducteur traversé, c'est-à-dire le nombre de milliampères qui passent en 1 seconde par 1 centimètre carré d'électrode ou de corps humain.

Lorsqu'on veut une action très énergique, il faut donc faire passer toute l'intensité électrique employée par une électrode et par un point du corps de très petite surface; si, au contraire, on ne veut avoir qu'un effet très faible ou même à peu près nul sur un point donné, on fera passer cette énergie électrique par une électrode de très grande surface. Vous verrez que dans un grand nombre d'applications électrothérapiques, cette double condition est réalisée. (*A suivre*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *Legs Magitot.* — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, aux clauses et conditions imposées, le legs fait au profit de cette Campagnie par le sieur Magitot (Louis-Félix-Emile), en vertu de son testament olographe du 26 octobre 1891 et consistant : 1° En une somme suffisante pour constituer une somme annuelle de 500 francs destinée à la fondation d'un « prix Magitot ». 2° Dans toute la portion de la bibliothèque relative à la stomatologie. La somme léguée sera placée en rentes 3 0/0 sur l'Etat avec inscription, sur le titre, de la destination des arrérages.

LA NOUVELLE SORBONNE. — La troisième section de la Sorbonne, en façade sur la rue Saint-Jacques, vient d'être achevée récemment et inaugurée. La bibliothèque de l'Université, l'*amphithéâtre d'anatomie*, les magasins de livres, les salles de l'Ecole des Hautes Etudes sont, à cette heure, en service. Les derniers amphithéâtres de la Faculté des Sciences : zoologie, anatomie comparée, botanique, mathématiques, la « tour de l'astronomie », les amphithéâtres de la Faculté des Lettres, ne seront inaugurés que fin février. Ces derniers bâtiments sont non moins somptueux que leurs voisins.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Quelques remarques sur le diabète conjugal.

Le répertoire des maladies contagieuses semble s'être enrichi d'une nouvelle conquête. Jusqu'alors, le diabète n'était considéré que comme une manifestation héréditaire, frappant avec plus ou moins de discernement les enfants d'un même lit; depuis les travaux de Debove et de Schmitz, il est contagieux entre mari et femme et réciproquement. Il est juste de reconnaître qu'avant eux Lécorché avait signalé la coexistence du diabète entre époux; mais pour lui, ce n'était guère qu'une coïncidence imputable à deux causes: l'usage d'une même alimentation défectueuse et la communauté de soucis. Depuis sept ou huit ans qu'ont paru la communication de Debove et les observations de Schmitz, on trouve de temps en temps dans les journaux des faits de contagion du diabète entre époux, sans que, pour cela, l'attention du public médical soit tenue en éveil par ce genre de travaux, autour desquels le silence s'établit presque aussitôt qu'ils ont été imprimés. Il a fallu l'apparition d'une bonne thèse, due à la plume de M. Boisumeau, pour donner à cette question un regain d'actualité.

Personnellement, je n'ai jamais constaté d'exemples bien nets de contagion entre individus n'ayant entre eux que des rapports éloignés et discrets. Tessier (de Lyon), plus heureux que moi, cite des cas de transmissibilité à des gens qui avaient vécu en compagnie de diabétiques, qui les avaient soignés, fait leur cuisine ou lavé leur linge. C'est toujours entre mari et femme, c'est-à-dire entre individus mangeant à la même table, vivant sous le même toit et couchant ensemble, que j'ai constaté des cas de contagiosité. En admettant que les faits de Tessier ne soient pas des coïncidences, il en résulte pourtant que le diabète n'est contagieux que dans une certaine limite, qu'il ne dépasse pas la demeure où il a pris naissance, et qu'il n'a pas la latitude de se propager d'une maison à une autre et d'un village à celui qui l'avoisine.

Dans tous les cas de diabète conjugal qui ont été publiés en France et à l'Étranger, ce n'est pas fatalement la contagion qu'il faut incriminer. M. Boisumeau accorde une très large place à l'hérédité; et il a raison. Il arrive souvent, dit-il, que les ascendants du deuxième époux malade étaient diabétiques eux-mêmes; évidemment alors la contagion ne saurait être invoquée ici, puisque l'hérédité suffit amplement pour expliquer la coexistence. Il y a encore une autre cause d'erreur; c'est lorsque le diabète du survivant s'est déclaré un certain laps de temps après le décès du premier conjoint; dans ce cas, ce n'est qu'une simple coïncidence.

Il est peu de maladies contagieuses qui mettent autant de temps à se communiquer; on l'a vu se déclarer trois, quatre, cinq ans et plus, après la mort du premier époux. Ces exemples ne doivent, à mon avis, qu'être admis sous toutes réserves; habituellement, au bout de deux ans, on est à l'abri de tout accident. Ce qui a pu faire croire à une transmissibilité aussi insidieuse, c'est que dans la pratique courante on n'observe pas sainement les faits dont on est témoin. Lorsqu'on est appelé près d'un diabétique, on ne songe pas toujours à examiner l'urine de sa femme; ce n'est que plusieurs années après le décès du malade, qu'on est amené ordinairement à pratiquer cet examen. Si on y découvre du sucre en certaine proportion, on n'est pas autorisé pour cela à croire que le second époux n'était diabétique que du jour où l'on a fait cette découverte. Après un interrogatoire minutieux, on ne tarde pas, en effet, à s'apercevoir que les malaises dont il se plaint datent du décès de son conjoint.

Ceux qui n'admettent pas la contagiosité du diabète, invoquent le chagrin comme cause habituelle de l'affection qui frappe les deux époux. Cette objection aurait une certaine valeur si la glycosurie apparaissait simultanément. Or, c'est successivement qu'elle se produit et à des intervalles assez longs, de telle sorte que le chagrin a diminué sensiblement — s'il n'a pas disparu complètement — chez celui qui est atteint en second lieu.

La fréquence du diabète conjugal est loin d'être aussi forte qu'on semblerait le penser *a priori*. Dans sa communication à la *Société médicale des Hôpitaux* en 1890, Debove en signala cinq cas sur une cinquantaine de malades de sa clientèle, soit un dixième. C'est beaucoup; il est probable qu'il est tombé sur une série heureuse. Schmitz en rapporte 26 sur 2.320 cas de diabète, soit un peu plus d'un pour cent; c'est approximativement ce que j'ai constaté à Vichy depuis que mon attention a été attirée sur ce point. M. Boisumeau, qui a cherché dans sa thèse à établir une statistique proportionnelle, donne un pourcentage de 1,08 0/0 et de 1,20 avec les cas de Debove, et il conclut de ces chiffres que le diabète conjugal n'est pas aussi rare qu'on aurait pu le supposer au premier abord. Cette conclusion me paraît hasardée, d'autant plus que sur les 5.159 malades dont il parle, il ne trouve que 56 exemples de contagion évidente.

Le diabète conjugal n'est pas une entité morbide distincte. Tantôt c'est la femme, tantôt c'est l'homme, qui est atteint le premier; il n'y a pas de règle fixe à cet égard. Le plus souvent, c'est vers un âge avancé qu'on l'observe et chez des gens gros et gras, nettement arthritiques en un mot. Les symptômes qu'il présente ne se différencient en rien des symptômes classiques; cependant, je n'ai jamais constaté la même proportion de glycose chez les deux conjoints. Constamment il y avait ici, une dose moyenne ou élevée et, là, elle était faible. Les complications du diabète conjugal sont les mêmes que celles du diabète entre étrangers, leur marche et leur terminaison sont identiques. Mais, de ce que l'un des époux sera sujet aux furoncles et aux anthrax, il ne s'ensuit pas que l'autre doive avoir des furoncles et des anthrax; il pourra parfaitement être exempt de complications quelconques, comme aussi en présenter d'une nature toute différente. Une seule fois il m'est arrivé d'observer une complication analogue; l'un des époux souffrait cruellement d'une névralgie faciale rebelle, pendant que l'autre avait une sciatique non moins tenace. Je n'ai vu dans ces faits nerveux qu'une simple coïncidence.

Si les observations cliniques donnent raison à la

contagiosité du diabète, il est plus difficile de connaître la voie par laquelle elle se produit. Tessier accuse les linges souillés par la salive et l'urine; M. Boisumeau paraît partager la même opinion. Je crois aussi que la salive et l'urine sont les véhicules par lesquels s'opère la contamination; mais à coup sûr la sueur et le sperme ne doivent pas rester indifférents en pareille matière, quoique jusqu'ici rien n'autorise à considérer toutes ces humeurs comme des bouillons de culture. En attendant qu'on ait découvert l'agent pathogène et les voies par lesquelles il s'introduit dans l'économie, nous formulerons quelques conclusions.

Le diabète est transmissible du mari à la femme et réciproquement. Cette transmission est lente à se produire; elle n'est pas très fréquente, et de préférence elle atteint les diabétiques gras, d'un âge déjà avancé.

J. CORNILLON.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 février. — PRÉSIDENCE DE M. BOURQUELOT.

M. LAPICQUE continue avec M. AUSCHER l'*étude expérimentale des pigments ferriques*. Ils ont constaté qu'en surchargeant le sang du système circulatoire d'un chien par des injections de sang artériel, on constate une surabondance de pigment, due aux hématies détruites. Cette surabondance est surtout marquée dans le foie et dans la rate, et elle est proportionnelle à la quantité de sang étranger injecté et détruit par l'organisme. Seulement l'accumulation pigmentaire se fait surtout dans la rate, tandis que dans les cirrhoses pigmentaires observées en clinique et liées également à des destructions globulaires, la pigmentation domine dans le foie. D'autre part, le pigment est réparti dans ces cas dans les capillaires mêmes, et non dans les cellules ou le tissu conjonctif.

M. WEISS présente un *myographe perfectionné*, exempt des causes d'erreur qui se trouvent dans presque tous ces appareils.

M. THOMAS présente une étude des *dégénérescences ascendantes après section du nerf labyrinthique*.

M. WEINBERG a étudié l'*état du sérum sanguin dans l'affection charbonneuse chez l'homme*. Il a constaté, dans quatre cas, que le sang des malades avait l'aspect lactescent, bien qu'il n'existât pas de lésions rénales apparentes, et que le sérum restait un très bon milieu de culture pour la bactéridie charbonneuse qui n'y perd aucunement sa virulence.

MM. COURMONT et DUFOUR (de Lyon) adressent une note sur les modifications apportées dans le sérum du lapin par l'*ablation de la rate*. Les lapins ainsi traités sont plus sensibles au streptocoque et plus réfractaires au staphylocoque.

M. ALEGAIS dépose une note sur l'*anatomie du rein chez le cobaye*.

A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 février 1898.

Saignée, vomitifs et vésicatoires.

M. FERRAND montre la très grande utilité des vésicatoires pour relever l'activité nutritive, tout en modérant les spasmes. C'est le médicament type du contortinulisme ancien. Les inconvénients, plaie de la peau, douleurs, irritation du rein et de la vessie peuvent être évités avec un peu de prudence et d'asepsie.

Après un brillant exposé historique, M. HUCHARD reprend le point de départ même de la discussion, c'est-à-dire les abus du vésicatoire appliqué souvent sans ordonnance médicale, sans propreté. Il rapporte un fait de pleurésie communiqué par M. Duguet, et où un enfant a subi 110 applications de vésicatoires. Le médecin a souvent aussi la main forcée par l'entourage. Les cas de transformation purulente de pleurésie, de néphrite, ne sont pas rares à la suite de vésicatoires appliqués à tort et mal surveillés.

Nouveau traitement de la pelade.

M. CHAUVEL, à propos de ce traitement par les réfrigérents dû à M. BIRAGON, cite les expériences de M. LOISON et conclut ainsi : 1° Dans les pelades récentes, vierges de tout traitement, la réfrigération avec le chloro-éthyleur donne les mêmes résultats que la cautérisation à l'acide acétique. 2° Dans les pelades anciennes, la réfrigération échoue souvent, tout aussi bien que la cautérisation. En somme, dit M. Chauvel, cette méthode est bonne, mais elle a contre elle son prix élevé, et le grand temps que son exécution exige.

Varices volumineuses des jambes, de l'abdomen et du tronc par angio-sclérose.

Ces énormes varices utilement traitées par la compression, par M. COUSTAN (de Montpellier), semblaient dues à une angio-sclérose, conséquence de l'hérédité tuberculeuse, aggravée par l'alcoolisme et la syphilis.

146 cas de chirurgie de l'estomac.

M. E. DOYEN a pratiqué pour diverses affections de l'estomac 146 opérations avec 32 insuccès, dont 20 pour des cas de cancer (66 opérations). 80 cas se rapportent à des affections non cancéreuses. Les 55 derniers qui sont postérieurs à la publication de la première statistique générale en 1895, ont donné 50 succès; 5 malades, en effet, opérés *in extremis*, ont succombé par suite de leur faiblesse extrême. On peut donc conclure, que l'intervention dans les cas d'affection non cancéreuse de l'estomac n'est pas grave, si l'on opère à temps, et si l'opération est faite vite et bien. Les résultats opératoires doivent être surtout envisagés dans les cas de dyspepsie grave ou d'ulcère sous-pleuro-pylorique. La guérison est absolue. Les malades mangent comme tout le monde et ne « sentent » plus leur estomac. Bien mieux, la gastro-entérostomie guérit des malades que l'on croyait atteints de dyspepsie intestinale; elle supprime les vomissements de sang, elle rétablit la fonction biliaire, chez des sujets atteints à la longue, par réflexe d'une inanition prolongée, d'acholie complète et que j'ai vu soigner, par erreur, pour une affection du foie. Elle améliore et guérit les sujets qui se cachectisent et commencent, par suite de l'inanition, à présenter des lésions de tuberculose pulmonaire.

Face fœtale du placenta.

M. DELORE (de Lyon) montre que l'aspect grenu, gaufré, la margination du placenta, sont dus à des thrombus rétractiles refoulant le chorion.

Séance du 15 février.

La saignée, les vomitifs, les vésicatoires (suite).

M. HUCHARD montre le danger de la cystite et de la néphrite cantharidienne. Ce danger est grand, surtout chez les vieillards, les goutteux, les artério-scléreux, les urinaires dont le rein fonctionne mal. La plaie du vésicatoire peut facilement s'infecter, en particulier chez les tuberculeux, les cachectiques. Dans la pneumonie, la néphrite d'une part, la congestion pulmonaire produite par le vésicatoire d'autre part, sont des contre-indications formelles. M. Huchard a même vu deux rechutes explicables uniquement par ces congestions. Dans la pleurésie, l'action du vésicatoire est plus qu'illusoire. Quant à l'augmentation du pouvoir ventilateur du poumon, elle peut être obtenue par bien d'autres excitants cutanés : bains froids, enveloppements froids. Les théories micro-

biennes nouvelles imposent à la thérapeutique une orientation nouvelle. Le vésicatoire doit aller rejoindre dans l'oubli le séton et le moxa.

M. CORNIL montre les lésions produites par la cantharidine sur la membrane interne des vaisseaux. Cet effet s'observe au poumon, aux bronches, à l'intestin, mais surtout au niveau du glomérule. Ces lésions sont certaines et l'effet thérapeutique du vésicatoire est des plus incertain.

M. PANAS montre l'utilité du vésicatoire, d'une part en chirurgie générale dans les arthrites, les inflammations glandulaires, les phlegmons chroniques de la fosse iliaque, des ligaments larges, d'autre part en ophtalmologie dans les névralgies, les inflammations oculaires chroniques.

M. A. ROBIN croit que le vésicatoire augmente plus qu'aucun autre moyen les échanges respiratoires. Par suite il active l'oxydation des toxines qu'il rend inoffensives et de plus solubles et éliminables. Il peut donc rendre, dans les infections microbiennes, les plus grands services.

Action du froid sur le sang.

M. CARRÈRE (de Marseille) montre que le froid produit une diminution des globules rouges du sang. Ceux-ci abandonnent au sérum une partie de leur matière colorante. A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 février 1898. — PRÉSIDENCE DE M. SEVESTRE.

Néphrite scléreuse et aphasie artérielle.

M. MOUTARD-MARTIN, en son nom et en celui de M. Bacaloglu, relate l'histoire d'une femme de 22 ans, morte de néphrite scléreuse et présentant un rétrécissement considérable de l'aorte et de tout le système artériel, qui paraissait plutôt appartenir à une enfant de 12 ans. L'urémie, cause ultime de la mort de la malade, survint à la suite d'une infection furonculeuse avec otite suppurée double.

M. RENDU a observé un cas très analogue dans lequel la mort survint à la suite d'une attaque de grippe.

M. HAYEM n'admet pas le chlorobrightisme de M. Dieulafoy. On ne sait rien sur les rapports des néphrites avec l'aphasie artérielle et les nombreuses observations de chlorose qu'il a pu faire ne lui permettent pas d'admettre cette hybridité morbide.

Fièvre typhoïde hématurique au cours d'un purpura exanthématique.

M. Louis GUINON a observé chez un enfant de 10 ans, au cours d'une récidive de purpura exanthématique, une fièvre typhoïde dont le premier symptôme a été une hématurie. La température était de 40° et l'albuminurie abondante. Trois éruptions furent constatées au cours de la maladie : 1° le purpura, 2° les taches rosées lenticulaires fort nombreuses, 3° une roséole d'aspect morbilliforme, soit due à une infection secondaire, soit médicamenteuse et due à la quinine. Le malade guérit néanmoins.

Séance du 11 février 1898. — PRÉSIDENCE DE M. SEVESTRE.

Spondylose rhizomélique.

M. P. MARIE présente deux malades atteints d'une affection qu'il désigne du nom de spondylose rhizomélique, caractérisée par l'ankylose des vertèbres cervico-dorsales, l'ankylose partielle des articulations scapulo-humérales et complète des articulations coxo-fémorales. Cette maladie déjà observée par Strümpell et Kœhler n'atteint pas les petites articulations. Elle frappe les adolescents ou les jeunes adultes. Elle débute par une douleur assez violente au niveau du coccyx, puis le long de la colonne vertébrale. La marche et la station debout sont impossibles sans béquilles. Le salol paraît avoir une action enrayante sur la marche de cette affection dont on ne connaît pas la pathogénie et qui n'a aucun rapport avec la cyphose hérédo-traumatique.

Action hémostatique du sérum gélatinisé.

M. SIREDEY rappelle que M. Paul Carnot a expérimenté l'action coagulante du sérum gélatiné, et qu'il vient lui-même d'en essayer l'usage avec succès dans onze cas d'hémorragies (métrorrhagies, épistaxis, rectorrhagies). Il se sert de la solution :

Eau distillée	1.000 grammes.
Chlorure de sodium . . .	7 —
Gélatine pure	50 —

stérilisée à l'étuve ou à laquelle on adjoint 1 pour 1.000 d'acide phénique ou de sublimé. Cette solution, solidifiée à froid, se liquéfie au bain-marie. On en fait un emploi direct au moyen d'injections ou de tampons. Il est indispensable d'utiliser une solution stérile; toute solution louche contient des colonies bactériennes et par conséquent ne doit pas être employée.

Hypoplasie artérielle.

M. VARIOT présente deux enfants atteints de pouls lent permanent et d'ichtyose. Il met ces symptômes sur le compte de l'hypoplasie artérielle. J. NOIR.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Séance du 4 février 1898. — PRÉSIDENCE DE M. JOCQS.

M. JOCQS, président, prend la parole à propos du procès verbal pour rectifier le compte rendu officiel de la dernière séance. Le travail envoyé par M. Eliasberg (de Salonique) sur la dacryocystite congénitale n'ayant pu être lu que très imparfaitement et plusieurs passages ayant dû être omis à cause de la calligraphie défectueuse du manuscrit, la discussion n'a pu porter exactement sur tous les points envisagés par l'auteur. C'est ainsi que la congénitalité de l'affection est expliquée par M. Eliasberg par des arguments qui ont passé inaperçus. Si donc on peut ne pas admettre la congénitalité de la dacryocystite elle-même, celle-ci étant consécutive à une infection survenue pendant ou après l'accouchement, du moins on doit accepter la congénitalité d'une des fréquentes causes premières, qui consisterait dans l'imperméabilité passagère du canal. (Le travail de M. Eliasberg a été analysé exactement dans le dernier compte rendu).

M. MORAX maintient la différence dont il parlé dans la discussion de la dernière séance entre les dacryocystites dites congénitales.

M. VIGNES — Ces dacryocystites peuvent s'appeler congénitales. Comme traitement, la simple pression ne m'a pas réussi; j'ai dû souvent employer le cathétérisme.

M. KŒNIG. — Je comprends bien la distinction que veut établir M. Morax. On peut appeler congénitale une dacryocystite constatée à la naissance et où la lésion susceptible de guérison résulte d'une maladie constitutionnelle. J'ai revu ces jours-ci à ma clinique une petite fille de 3 ans 1/2 que j'avais examinée deux semaines après la naissance. Il existait un larmoiement abondant et un peu de suppuration. Telle qu'elle se présentait, cette dacryocystite pouvait être attribuée à une infection secondaire, malgré un certain degré d'épaississement de la paroi osseuse. Mais l'enfant avait sur le corps des plaques de pemphigus et le diagnostic porté fut syphilis héréditaire. Je n'ai revu l'enfant que trois ans après, et j'ai pu constater une exostose très apparente au niveau du sac des deux côtés. Nul doute que cette lésion osseuse soit d'origine syphilitique; elle s'est développée pendant la vie intra-utérine.

Deux cas de conjonctivite pseudo-membraneuse staphylo-streptococcique. Succès du sérum de Marmorek. — Rapport du Dr MORAX sur un travail adressé par le Dr AUBINEAU (Brest).

M. MORAX. — La fabrication du sérum antistreptococcique a subi, depuis la publication du Dr Marmorek en 1895, des modifications très importantes, et il y a lieu de recommander avec le nouveau sérum des essais cliniques, d'autant que ceux que nous a communiqués M. Boucheron et ceux dont nous rend compte le Dr Aubineau, paraissent des plus encourageants.

Voici, résumées, les observations de notre confrère de Brest.

Obs. I. — Fl... (Marie), 17 mois, malade depuis l'avant-veille. Les paupières très gonflées masquent complètement les cornées. Il y a une sécrétion catarrhale intense. Le lendemain, 23 avril, les conjonctives sont recouvertes d'un exsudat pseudo-membraneux Injection de 10 cc. de sérum antidiphtérique. Le 24 avril, pas d'amélioration, les fausses membranes sont plus adhérentes. Le 25 avril, nouvelle injection de sérum antidiphtérique. Le lendemain, pas d'amélioration. Le 27 avril, la cornée gauche présente une petite infiltration centrale. L'examen bactériologique ayant montré l'absence du bacille diphtérique et la présence du streptocoque et du staphylocoque, on pratique le 28 avril une injection de 10 cc. de sérum de Marmorek. Le lendemain, les fausses membranes commencent à se désagréger et, le 30 avril, elles ont complètement disparu ainsi que le gonflement palpébral. Le 1er mai, la guérison est complète et la petite lésion cornéenne est en voie de cicatrisation.

Obs. II. — M... (Paule), âgée de 10 mois, a les yeux rouges et un peu de gonflement palpébral depuis le 1er mai. Examinée le 6 mai, on constate un gonflement palpébral très marqué et une sécrétion abondante. Dans les deux culs-de-sac et des deux côtés on constate des fausses membranes adhérentes. L'affection ayant l'aspect clinique de la conjonctivite diphtérique, on injecte 10 cc. de sérum antidiphtérique, mais sans qu'il se produise les jours suivants de modification de l'état local. La culture ayant montré la présence du streptocoque et du staphylocoque et l'absence du bacille diphtérique, on injecte le 13 mai 10 cc. de sérum de Marmorek. Le 14 mai, les fausses membranes se désagrègent plus facilement que la veille; le gonflement palpébral diminue. Le 15 mai, l'enfant ouvre ses paupières et les fausses membranes ont tendance à disparaître. Le 16 mai, elles ont complètement disparu.

M. le Dr Aubineau fait suivre les observations des réflexions suivantes: « L'amé- lioration qui a suivi dès le lendemain l'injection du sérum de Marmorek chez deux enfants atteints de la même affection, la guérison, constatée le surlendemain, permettent d'affirmer sans risquer d'être téméraire, que le sérum antistreptococcique a eu dans les deux cas que nous relatons un effet rapide et heureux. Notons que, malgré le jeune âge de nos malades, l'état général ne s'est nullement ressenti de l'injection consécutive des deux sérums. »

M. Joccs. — A propos de ces deux cas de conjonctivite membraneuse qui ont guéri rapidement à la suite de l'injection du sérum antistreptococcique, je veux signaler un cas de conjonctivite membraneuse d'apparences cliniques graves, qui a guéri en trois jours simplement à la suite d'insufflations de calomel sur les conjonctivites recouvertes de membranes adhérentes. C'était chez un nouveau-né, les paupières étaient gonflées, peu de sécrétion et la cornée commençait à devenir opaque. Dès le troisième jour, il n'y avait plus de fausses membranes et une ulcération de la cornée, qui commençait, s'est arrêtée. L'examen bactériologique n'a pas été fait, mais quel que soit le microbe pathogène, nous devons considérer comme grave toute conjonctivite membraneuse accompagnée de complications cornéennes, et il est intéressant de savoir que le calomel peut être efficace dans les cas les plus menaçants. Ce cas, comme ceux de M. Aubineau, sont à enregistrer : l'expérience nous édifiera sur la valeur de ces traitements.

Obtention de l'étanchéité dans la seringue de verre de Lüer, avantages et applications pour l'ophtalmologie.

M. Chibret (de Clermont-Ferrand). — La seringue que je vous présente est un instrument connu que je n'ai fait que perfectionner. J'y ai apporté deux modifications qui en font actuellement un excellent instrument d'injection ou d'aspiration. Le piston et le corps de pompe de la seringue sont en verre; mais deux surfaces de verre glissant l'une sur l'autre, laissent entre elles un espace capillaire non étanche au liquide et encore moins à l'air. J'ai obtenu l'étanchéité entre ces deux surfaces en les imprégnant d'un mélange à parties égales de lanoline et vaseline. La douille de la canule-aiguille entrant à frottement sur le verre de la seringue, laisse entre les deux surfaces de contact un espace non étanche. J'ai fait souder sur le verre de la seringue une douille en métal garnie d'un pas de vis. Cette soudure obtenue par le procédé de Cailletet est absolument étanche. Sur ce pas de vis se visse la douille de l'aiguille à injection; grâce à un joint en cuir fortement serré par le pas de vis, on obtient ici aussi l'étanchéité. Avec la seringue ainsi modifiée, on peut en plongeant l'aiguille dans le liquide à injecter le faire monter par aspiration; on peut non seulement aspirer des liquides aqueux, mais encore des liquides visqueux comme un mélange à parties égales d'eau et de glycérine, du sérum, des corps fluents organisés comme du corps vitré. Si l'on n'introduit dans la seringue que des liquides aseptiques, la stérilisation intérieure de la seringue devient inutile : il suffit de rincer le corps de pompe avec un liquide aseptique et de stériliser extérieurement la canule. Avec cet instrument j'ai pu aspirer 1 gramme de vitré dans un œil de lapin, l'injecter au milieu du vitré de l'autre œil, après avoir fait de la place par une ponction de la chambre antérieure. Les suites de cette opération ont été des plus simples. J'ai injecté de même un demi-gramme du vitré de lapin dans le vitré d'un œil humain atteint du décollement rétinien. La réaction a été insignifiante, le résultat curatif insignifiant; mais le cas était désespéré; l'autre œil déjà perdu par décollement. La malade réclama une deuxième injection que je ne crus pas devoir faire. Deutschmann m'ayant écrit que ce cas avec déchirure ne lui paraissait pas favorable. En somme, cette seringue modifiée peut donc être utilisée pour l'aspiration et l'injection des liquides organiques. Je la recommande à ceux d'entre vous qui voudraient essayer des injections de vitré ou d'autres sucs, hépatique, splénique, etc., soit dans l'œil, soit sous la conjonctive, expérimentalement ou cliniquement. Nous semblons être à l'aurore d'une nouvelle thérapie par les liquides et sucs organiques; j'ai cru utile d'en faciliter l'emploi par l'aménagement d'un instrument bien adapté à l'application ophtalmologique de cette médication.

M. Parent. — La seringue de Lüer rendue étanche par M. Chibret est un excellent instrument; mais je doute qu'elle puisse rendre plus efficace l'injection de corps vitré contre le décollement de la rétine. Ce traitement semble définitivement condamné. Je demanderai maintenant à M. Chibret quels sont les résultats qu'il a obtenus avec la seringue à double courant, qu'il nous a présentée il y a trois ans, et qui était destinée à débarrasser la chambre antérieure de ses masses corticales, après l'extraction du cristallin.

M. Chibret. — La seringue que je vous présente aujourd'hui n'est pas particulièrement destinée aux injections de corps vitré dont je n'ai parlé qu'accessoirement. Elle peut servir à des usages multiples. J'ai voulu montrer seulement qu'elle peut aspirer le vitré; ce qu'on ne peut pas faire avec une seringue non complètement étanche. Quant au nettoyage de la chambre antérieure avec ma seringue à double courant (injection et aspiration simultanée), j'en ai parlé encore en 1897 à l'une des séances de la Société française d'Ophtalmologie. Je vous rappellerai donc que j'emploie ces lavages dans tous les cas d'extraction du cristallin, même dans la cataracte sénile, mais surtout dans celles qui sont molles et incomplètes. Le liquide que j'emploie est une solution concentrée d'acide borique additionnée d'un gramme de HgCy pour vingt mille grammes de solution boriquée. Ce liquide est injecté tiède : la quantité est variable selon les cas : je répète l'injection tant que le liquide aspiré contient en suspension des masses corticales : 3 à 4 seringues, c'est-à-dire 20 ou 30 grammes de liquide, suffisent au nettoyage.

M. Parent. — Je suis étonné que M. Chibret puisse impunément injecter cette solution et en aussi grande quantité dans la chambre antérieure. Beaucoup de ceux qui ont essayé ces lavages, encouragés par la haute autorité du Pr Panas, ont abandonné ces injections reconnues nuisibles.

M. Vignes. — Il est à craindre que les injections de M. Chibret ne produisent une trop forte pression dans la chambre antérieure. Pour éviter les cataractes secondaires, je m'en tiens au nettoyage avec la curette, aussi complet que possible et je découvre l'œil de bonne heure, pour instiller l'atropine dès que la chambre antérieure s'est refermée.

M. Koenig. — Le but de l'injection est d'expulser mécaniquement les masses corticales. A ce point de vue, M. Chibret a dû rencontrer quelques difficultés. Elles ne se laissent pas di-

viser. Ce qu'il faudrait obtenir, c'est une désagrégation moléculaire suffisante pour pénétrer facilement dans le conduit aspirateur. Mais les masses corticales ne sont pas solubles. C'est là qu'est la difficulté; elle consiste à trouver un liquide qui exerce une action sur leur solubilité, car une fois dissoutes, l'aspiration deviendrait une méthode sûre et facile à appliquer.

M. Parent. — Nous sommes obligés de reconnaître que l'opération de la cataracte ne donne pas, dans la pratique, ce qu'on pourrait en espérer en théorie et le grand desideratum c'est toujours la cataracte secondaire plus ou moins complète, depuis le simple plissement constant de la capsule jusqu'au dépôt plus ou moins épais de masses corticales. Et cependant, d'après la théorie, suivant la situation nouvelle du point nodal, l'image devrait être considérablement agrandie. Malgré cela, les meilleures statistiques d'opérations de cataracte ne donnent pas une moyenne supérieure à la moitié de la normale.

M. Vignes. — Il ne faut pas exagérer le danger de la présence des masses corticales. Ainsi, dans les cataractes traumatiques consécutives à de simples piqûres, sans injection, on voit toutes les masses corticales se résorber facilement sans réaction, dans le jeune âge, bien entendu, de même dans l'extraction du cristallin transparent les débris de la lentille n'amènent pas une réaction très considérable. Quand une réaction violente se produit, peut-être faut-il tenir compte de l'état général.

M. Kœnig. — L'accident qui vient d'être signalé et qui consiste dans la rupture de la cristalloïde postérieure pendant l'aspiration faite avec la seringue de M. Chibret, n'est pas à redouter si l'on peut distinguer aisément le vitré des masses corticales qui en diffèrent par leur coloration. A un autre point de vue, je dirai que l'irruption du vitré dans la chambre antérieure pendant l'opération n'est pas à craindre. Depuis quelque temps, je pratique la discision de la capsule postérieure à l'aide d'une lame tranchante triangulaire analogue au kystitome, immédiatement après l'expulsion de la cataracte, et le nettoyage de la chambre antérieure. Dès que l'ouverture est faite, le champ pupillaire devient net, et jamais je n'ai eu à déplorer d'accidents. Une seule fois, dans un cas où la tension était au-dessus de la normale, la discision a donné lieu à l'issue de quelques gouttes de vitré. Dans tous les autres cas tout s'est bien passé. Je ne veux pas aujourd'hui m'appesantir davantage sur ce sujet; mais je peux affirmer que cette méthode est appelée à rendre de grands services en supprimant ou en diminuant les cataractes secondaires, et en permettant d'avoir une acuité visuelle bien supérieure.

M. Parent. — La rupture de l'hyaloïde a déjà été préconisée et pratiquée par le Pr Hasner. C'est dans le même but qu'on a proposé et essayé l'extraction du cristallin dans sa capsule. Je répondrai à M. Vignes que les accidents à la suite de l'extraction du cristallin transparent des myopes ne sont pas aussi rares qu'il paraît le croire. Quant à l'influence de l'état général, il faut en tenir compte mais ne pas en abuser.

M. Chibret. — A la suite de ces injections, il est vrai qu'il se produit des irritations; mais elles sont chimiques et non septiques, et le plus souvent cèdent rapidement. L'élévation de la tension dans la chambre antérieure se produit avec toute autre seringue, mais pas avec la mienne puisqu'il sort autant de liquide qu'il en monte. Je répondrai à M. Kœnig : l'action exercée sur les masses corticales est émulsive dans une certaine mesure, et elle est sûrement expulsive. A une époque où nous sommes tentés d'opérer des cataractes non suffisamment mûres, il y a intérêt à employer tous les moyens capables d'éviter la cataracte secondaire. A ce point de vue ma seringue rend de réels services.

E. K.

L'Amour des Médecins pour les livres. — Dans un des sonnets qu'il a réunis sous le titre : *Les Légendes du livre*, un délicat érudit et fervent bibliophile, M. François Fertiault, a chanté les méfaits d'un certain Dr R.., chez les libraires de Lyon. Pour obtenir à bon compte des ouvrages de choix formant plusieurs volumes, M. le Dr R... dérobait un de ces volumes, puis, huit ou quinze jours plus tard, revenait, marchandait l'ouvrage... « qui est incomplet, comme vous voyez ». Le tour était joué.

REVUE DE CHIRURGIE

I. — Les dangers de l'anesthésie; par Davis (*Northwestern Lancet*, mars 1897).

II. — Le but de l'anesthésie est de suspendre le fonctionnement des centres psycho-moteurs et sensitifs, tout en laissant agir les deux centres respiratoire et circulatoire, qui président aux deux grandes actions vitales, respiration et circulation; la mort survient par arrêt de l'une ou de l'autre de ces deux grandes fonctions. Rien de surprenant que ces centres, doués d'une action rythmique, inconsciente, soient plus résistants que les autres. Mais l'anesthésique peut aussi les atteindre, et là est le danger. Comment s'opère donc l'arrêt de la respiration ou celui du cœur?

A. La respiration dans l'anesthésie peut être troublée de trois façons : 1° Par un obstacle à l'entrée de l'air. Les replis aryténo-épiglottiques se rapprochent, ce qui produit le stertor laryngé. Ce rapprochement peut aller jusqu'à l'occlusion. L'abaissement de la langue et de l'épiglotte constitue un mode d'obstruction très important. On y remédie en tirant sur la langue. 2° Par le ralentissement de la circulation pulmonaire. La circulation s'attarde, puis s'arrête dans les capillaires, puis dans les artérioles, puis dans les gros vaisseaux. L'hématose se fait mal; on observe que la circulation capillaire est diminuée, que le sang est noir. Il faut suspendre l'anesthésie, car cet engorgement pulmonaire peut conduire à l'asphyxie. On pense que le chloroforme est plus sujet que l'éther à retarder la circulation pulmonaire. 3° Par action directe du centre respiratoire bulbaire. La faute en est à une administration exagérée de l'anesthésique. L'aide qui endort doit être pénétré de cette idée que le centre respiratoire peut être paralysé comme les autres.

B. Les effets sur la *circulation* sont aussi compliqués Le cœur possède dans ses parois des centres propres qui commandent ses mouvements rythmiques. Ces centres sont reliés au système nerveux central par le pneumogastrique d'une part, le grand sympathique d'autre part. On pense que le pneumogastrique a une rôle prépondérant, car son excitation produit l'arrêt du cœur.

Au point de vue des effets des anesthésiques sur le cœur, les deux modes d'arrêt du cœur se retrouvent : 1° Par action directe du poison sur les ganglions; 2° par action du pneumogastrique. C'est avant la narcose complète et pendant le réveil qu'une syncope est à craindre par arrêt du cœur.

Sur 219 cas de mort par chloroforme, la mort a eu lieu 15 fois au début, 99 fois avant anesthésie complète, 70 fois pendant l'anesthésie, 35 fois après l'opération achevée.

En somme, il faut avoir à l'esprit trois sources de graves dangers : 1° une syncope précoce et soudaine, par inhibition réflexe du cœur; on l'évite en pratiquant l'anesthésie avec mesure; 2° une obstruction au passage de l'air de cause laryngée; 3° enfin une paralysie des grands centres, respiratoire et circulatoire.

Après avoir apprécié la valeur comparée de l'éther et du chloroforme, l'auteur pose les contre-indications de l'éther. On doit l'éviter dans les affections pulmonaires et rénales. Les alcooliques et les enfants supportent mieux le chloroforme. Dans les affections cardiaques, il est préférable au chloroforme, car il agit comme stimulant sur la circulation. Mais on doit user d'une extrême prudence pour peu qu'il y ait tendance à l'asystolie. L'anesthésie chloroformique est plus agréable; mais le chloroforme n'a pas l'innocuité de l'éther, et en Amérique ce dernier garde toujours le préférence.

P. Rellay.

II. — De l'actinomycose; par le Pr Poncet (de Lyon).

II. — A propos d'un nouveau cas d'actinomycose temporo-maxillaire, observé dans son service et opéré par lui avec succès, M. A. Poncet, qui, on le sait, a publié la première observation d'actinomycose humaine constatée à Lyon, émet quelques considérations cliniques nouvelles sur cette affection.

Le nombre des observations actuellement publiées en France s'élève à 39. Nombre de cas doivent demeurer méconnus encore.

Le parasite, bien qu'il puisse envahir tous les tissus, affectionne la région cervico-faciale, surtout le maxillaire inférieur

et la fosse temporale voisine, d'où le nom d'actinomycose temporo-faciale donné à cette localisation. La marche de l'actinomycose temporo-maxillaire est rarement aiguë et prend alors les allures d'une phlegmon septique ordinaire. La forme classique a une marche subaiguë, prenant bientôt une allure torpide, chronique.

L'affection débute par une douleur, d'acuité variable, soit au niveau des dernières molaires, soit en arrière de l'angle du maxillaire; la douleur n'est pas continue, mais revient par crises.

Cette douleur, un trismus précoce, un gonflement de la région temporo-maxillaire de consistance pâteuse, enfin l'intégrité du squelette, voilà, au début de cette forme d'actinomycose, des éléments de diagnostic qui, s'ils n'entraînent pas la conviction du clinicien, imposent la recherche des actinomyces.

P. Rellay.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Enseignement professionnel du personnel secondaire des Etablissements hospitaliers de Paris. — Progrès réalisés.

Il ne se passe guère de semaine où l'un de nos lecteurs ne nous écrive pour avoir des renseignements sur l'organisation des *Ecoles municipales d'infirmiers et d'infirmières*, sur les résultats de cet enseignement. Afin de répondre en quelque sorte d'avance à tous ceux qui s'intéressent à cette question — et ils deviennent de plus en plus nombreux —, nous croyons utile de reproduire la partie du discours que nous avons prononcé au mois d'août dernier à la *distribution des diplômes* à la Salpêtrière. Bourneville.

« Les diplômes d'infirmiers et d'infirmières qui vont être distribués tout à l'heure sont au nombre de 73 pour Bicêtre, de 132 pour la Pitié, de 76 pour Lariboisière et de 65 pour la Salpêtrière, soit 349. Si l'on ajoute ces 349 nouveaux diplômes aux 2.721 antérieurs, le total général, après cette cérémonie, sera de 3.070 dont la plus grande partie a été attribuée au personnel hospitalier.

La situation du personnel des sous-employés des établissements-écoles mérite d'être relevée. Tous, depuis longtemps, devraient posséder leur diplôme. En est-il ainsi ?

A *Bicêtre*, nous avons :

Sur 10 surveillants .... 8 diplômés.
— 13 surveillantes .... 12 —
— 16 sous-surveillants .... 13 —
— 19 sous-surveillantes .... 11 —
— 21 suppléants .... 18 —
— 14 suppléantes .... 12 —
— 2 panseurs .... 2 —
— 1 garçon d'amphithéatre .... 1 —
— 17 premiers infirmiers .... 17 —
— 11 premières infirmières .... 10 —

A la *Pitié*, nous avons :

Sur 3 surveillants .... 0 diplômés.
— 7 surveillantes .... 6 —
— 5 sous-surveillants .... 2 —
— 1[illegible] sous-surveillantes .... 1[illegible] —
— 2 suppléants .... [illegible] —
— [illegible] suppléantes .... [illegible] —
— 3 1ers infirmiers .... 3 —
— 9 1res infirmières .... 9 —
— 2 infirmiers panseurs .... 2 —
— 1[illegible] infirmiers et infirmières .... 1 —

A la *Salpêtrière*, nous avons :

Sur 11 surveillants .... [illegible] diplômés.
— [illegible] surveillantes .... 1 —
— [illegible] sous-surveillants .... [illegible] —
— [illegible] sous-surveillantes .... 46 —
— 6 suppléants .... 1 —
— [illegible] suppléantes .... 2[illegible] —
— 1 1er infirmier .... 0 —
— 41 1res infirmières .... 22 —
— 1 Garçon d'amphithéâtre .... 1 —
— 51 Infirmiers et garçons de service .... 9 —
— 282 Infirmières et filles de service .... 49 —

Nous avons le regret de constater encore une fois que la proportion des sous-employées *non diplômées* de la Salpêtrière est beaucoup plus forte que dans les autres établissements-écoles. Cette constatation est triste surtout après *20 années* d'enseignement. Les femmes de la Salpêtrière ont mis moins d'empressement à s'instruire que les hommes de Bicêtre, où sur 124 sous-employés des deux sexes, premiers infirmiers et premières infirmières, 102 possèdent leur diplôme.

A la Pitié, nous comptons 43 agents des mêmes grades diplômés sur 53 et à Lariboisière 81 diplômés sur 85. La signification de ces chiffres n'échappera certainement pas à M. le directeur de l'assistance publique.

Nous compléterons ces renseignements par l'état numérique des agents de tous grades du personnel secondaire des hôpitaux qui, avant la fin de cette année scolaire étaient déjà pourvus du diplôme professionnel.

Personnel secondaire attaché aux divers Etablissements au 1er juillet 1896.

GRADES.	Nombre d'agents.		
	pourvus du diplôme professionnel	non pourvus du diplôme professionnel	Total
Surveillants	1[illegible]	[illegible]	7[illegible]
Surveillantes	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Sous-surveillants	39	118	157
Sous-surveillantes	[illegible]	1[illegible]	[illegible]
Suppléants	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Suppléantes	34	77	111
1ers infirmiers	60	41	101
1eres infirmières	243	84	327
Panseurs	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Panseuses	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Garçons d'amphithéatre	[illegible]	17	[illegible]
Infirmiers et garçons de service	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Infirmières et filles de service	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Personnel professionnel permanent	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Totaux	1.707	3.409	5.1[illegible]

Si, à ce total, 1700, on ajoute les nouveaux et les nouvelles diplômés appartenant aux hôpitaux, soit 296, on voit que, après la distribution des diplômes qui va avoir lieu à la fin de cette cérémonie, le nombre des agents diplômés du personnel secondaire s'élèvera à plus de 2000.

Nous avons reçu d'autre part la statistique complète de ces mêmes agents, possesseurs de brevets, de diplômes et de certificats relatifs à l'instruction primaire et secondaire.

Statistique du Personnel secondaire attaché aux divers Etablissements au 1er juillet 1896.

GRADES.	Nombre d'agents [illegible]									
	du diplôme de bachelier	du brevet supérieur.	du brevet élémentaire	du certificat d'études sup.	du certificat d'études	du diplôme de sage-femme	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Totaux
Surveillants	»	»	1	1	4	»	»		»	6
Surveillantes	»	1	»	1	12		[illegible]		»	18
Sous-surveillants	»	2	[illegible]	»	1[illegible]		1	1	»	[illegible]
Sous-surveillantes	»	[illegible]	[illegible]	»	[illegible]	2			»	[illegible]
Suppléants	1	[illegible]			21		»		»	22
Suppléantes		[illegible]			[illegible]	1				[illegible]
1ers Infirmiers		»	4		19				»	23
1eres Infirmières		1	4		[illegible]	»				80
Panseurs		»	»		7	»				7
Panseuses	»	»		»						[illegible]
Garçons d'amphithéatre	»	»			[illegible]					[illegible]
Infers et garçons de service	»	1	7	[illegible]	[illegible]	»			1	[illegible]
Infres et filles de service		1	11	3	[illegible]	»				[illegible]
Personnel profel fixe	»	»	1		[illegible]	»				[illegible]
Totaux	5	11	61	8	589	6	[illegible]	1	1	[illegible]

Il résulte de ce second tableau que 684 sous-employés et infirmiers des deux sexes ont un diplôme ou un certificat mettant en relief leur instruction générale, soit 116 de plus que l'an dernier.

Cette double statistique, au point de vue de l'*enseignement professionnel* et de l'*enseignement primaire*, résume en quelque sorte les résultats qui ont été réalisés par la création des *écoles professionnelles d'infirmiers et d'infirmières* ; ils fournissent des arguments péremptoires pour répondre aux adversaires de la réforme de la laïcisation des établissements hospitaliers. Pour l'achever complètement et la rendre inébranlable, des efforts sont encore nécessaires de votre part et de la nôtre. C'est pourquoi nous croyons utile de revenir sur un certain nombre de conseils que nous vous avons déjà donnés, et de réclamer toujours et sans cesse des améliorations à l'Administration de l'assistance publique.

1° Les élèves doivent faire toutes les *compositions* sans exception. Sauf pour les cas de maladie ou d'absence pour raison de service, il n'y aura plus de *compositions supplémentaires*.

2° Vous devez veiller d'une façon scrupuleuse à la *propreté* de vos dortoirs ou de vos chambres ou de vos logements, à votre *hygiène personnelle*, prendre au moins un bain par semaine, vous faire revacciner au moins tous les cinq ans.

3° Les *diplômés* doivent relire plusieurs fois tous les ans leurs *Cahiers de dictées professionnelles* et leur *Manuel* qui ne devrait leur être repris que dans le cas où ils quittent l'Administration. Il est de leur intérêt de suivre les exercices pratiques dans les établissements où ils existent.

Nous devons maintenant rappeler sommairement les réclamations que nous avons faites à plusieurs reprises :

1° Le *changement de service* ou le *roulement* devrait s'opérer au cours de l'année dans les quatre hôpitaux-écoles ; en d'autres termes, les *élèves* infirmiers et infirmières devraient passer à tour de rôle dans tous les services : médecine, chirurgie, accouchements, etc.

2° Les *cours* étant ouverts à *tout le monde* et durant *toute l'année*, il est nécessaire que les employés des bureaux de la direction des établissements-écoles délivrent des cartes d'admission à tous les moments de l'année scolaire. Les élèves peuvent ainsi se faire une opinion sur l'enseignement, sur la profession d'infirmière et voir si elles se sentent en mesure de devenir de bonnes hospitalières.

3° Nous avons demandé à l'Administration qu'elle fasse entrer en ligne de compte, pour votre *mise au repos*, les années de service passées dans les asiles d'aliénés et les autres établissements départementaux. Cette affaire a été soumise au Conseil de surveillance qui, dans sa séance du 18 février, a émis un avis tendant, en subsidiaire, à l'admission de ces services, sous réserve de remboursement par le département, par état annuel, du montant de dépenses qui résulterait pour l'Assistance publique de la mesure projetée. M. PEYRON a adressé [illegible] à M. le Préfet un rapport résumant l'état de la question, en le priant de soumettre l'affaire à la Commission de surveillance des asiles et au Conseil général. Aucune solution n'est encore intervenue. Si, comme cela [illegible] et a existé, les établissements hospitaliers, [illegible] étaient sous la même direction, c'est-à-dire [illegible] avait pour Paris et pour la Seine qu'UNE *[illegible] publique*, la question ne se serait même pas posée.

4° En votre nom, à toutes, nous réclamons de nouveau la *suppression des boursières* que nous avons fait créer, il y a une douzaine d'années. Les raisons qui avaient motivé leur création n'existent plus. Le nombre des bourses inscrit au budget de 1897 est de 6. Nous pensons qu'au prochain budget le crédit affecté aux boursières pourrait servir à améliorer la situation du personnel enseignant, à aider à l'achat du matériel nécessaire à l'enseignement, et à la création de *bibliothèques* et de *musées professionnels*.

5° Il conviendrait de réunir dans les mêmes hôpitaux les infirmiers et les infirmières qui sont mariés ; de leur accorder une chambre autant que possible ou de faire coïncider au moins leur jour de sortie ; de donner des places d'infirmières aux filles des sous-employés dans l'établissement même où sont leurs parents.

6° Nous demandons encore une fois que les *récompenses* accordées au personnel secondaire par l'Administration et par le Ministre de l'Intérieur soient décernées à la solennité annuelle de la Salpêtrière. On pourrait aussi y dire les noms des personnes qui, dans les différents cours primaires, ont obtenu le certificat d'études. Mention en serait faite dans le *Palmarès* qui deviendrait ainsi le LIVRE D'OR du personnel secondaire.

7° Nous ne parlerons pas ici de vos *habitations*, il en a été suffisamment question à la Pitié et nous avons eu la satisfaction de faire visiter les dortoirs de cette maison à M. Peyron et à deux conseillers municipaux, MM. Gras et Girou : ils ne se doutaient nullement du triste spectacle qui les attendait ; ils ont constaté que nos descriptions étaient au-dessous de la vérité. Aussi, une solution nous paraît-elle prochaine, au moins pour la Pitié.

Des *habitations particulières*, salubres : — une *alimentation convenable* ; — le *relèvement des salaires* ; — la suppression de l'obligation de commencer à être veilleuses et veilleurs pour les infirmières et les infirmiers qui débutent, assureront à l'Administration un bon recrutement, qui sans cela est à peu près impossible. Nous n'avons pas cessé de réclamer ces réformes depuis plus de 20 ans. Parmi les autres réformes qu'il importait de réaliser dans la situation du personnel secondaire, non pas seulement des hôpitaux de Paris, mais de tous les hôpitaux nous rappellerons les suivantes :

1° La création d'*écoles professionnelles* dans toutes les villes où il y a soit une faculté de médecine, soit une école préparatoire, ou dans les autres grandes villes. C'est ce qui vient d'être enfin décidé au Havre où une école d'infirmières s'ouvrira au mois d'octobre prochain. Nous sommes heureux d'adresser, à cette occasion, nos félicitations les plus vives aux promoteurs de cette création et en particulier à notre ami, le Dr Sorel, qui a été autrefois l'un de nos collaborateurs à l'École d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre. La création d'écoles professionnelles d'infirmiers et d'infirmières a été également examinée par le Conseil municipal de Marseille. Elle a été l'objet d'une remarquable conférence de M. Martin-Dupont au Congrès des Loges de l'Hérault, réuni à Cette le 7 février 1897.

Cet enseignement devrait être fait d'après un *programme minimum*, établi par la direction de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur. Il serait consacré par l'obtention d'un *diplôme*. Au bout d'un temps à fixer, nul ne pourrait être admis à soigner des malades dans les établissements hospitaliers qu'à la condition d'être pourvu du diplôme professionnel. En un mot, de même que pour *enseigner* dans les *écoles*, il faut avoir le *brevet de capacité*, de même, pour *soigner* dans les *hôpitaux*, il faudrait avoir le *diplôme* d'infirmier ou d'infirmière.

2° La *création de pensions de repos ou d'une caisse de retraite en faveur des infirmiers et infirmières des hôpitaux* n'est pas moins urgente. Cette *pension de repos* existe pour les hôpitaux de Paris et pour les Asiles d'aliénés de la Seine. Elle manque dans la plupart des établissements de province. Quelquefois le vieil infirmier, la vieille infirmière obtiennent un lit d'hospice. Nous pensons que toutes les administrations hospitalières devraient être mises en demeure d'instituer des pensions de repos; que ces pensions de repos devraient être créées par la participation des communes, des départements et de l'État; qu'étant donné le pari mutuel, c'est à son produit qu'il faudrait surtout faire appel.

La création de ces écoles et de ces pensions permettrait de fournir aux malheureux de toutes catégories, hospitalisés ou non, vieillards, infirmes, malades, des soins véritablement dévoués et intelligents. Et alors, sachant qu'il vous sera tenu compte de vos années de services, vous n'hésiteriez pas à vous rendre en province pour concourir à la laïcisation des établissements hospitaliers.

Le lien intime qui unit l'*enseignement professionnel* à la *laïcisation des hôpitaux,* nous amène à vous communiquer quelques renseignements relatifs à cette réforme. Dans un voyage récent à Dun-sur-Auron et à Bourges, nous avons recueilli quelques faits intéressants sur la laïcisation. L'hôpital de Dun a été laïcisé en même temps que les écoles en 1879. Ce petit établissement était auparavant desservi par les sœurs de charité de Montoire.

L'Hôtel-Dieu de Bourges, que nous avons également visité, est toujours desservi par les sœurs du même ordre. Mais, on a remplacé la sœur pharmacienne de cet établissement et celle de l'hôpital général par un pharmacien de la ville, aidé d'un garçon de laboratoire. On a supprimé les chapelles, autant de foyers de microbes, qui existaient dans les salles de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital général. Enfin, on a remplacé le nom des saints par des noms de médecins et de bienfaiteurs des hôpitaux.

A l'Hôtel-Dieu, le nombre réglementaire des lits est de 107. 62 seulement étaient occupés. Pour ce petit nombre de malades, il y a 9 sœurs et 13 infirmiers ou infirmières. Les sœurs ont une indemnité de 150 fr. par an, soit 1.350 fr. Si l'on évalue leur nourriture et les autres avantages à 2 fr. par jour, soit 3.650 fr. par an, la dépense totale serait de 5.000 fr. Or, un hôpital de ce genre (100 malades) pourrait être facilement desservi par deux surveillantes à 600 fr. par an, au lieu de *neuf religieuses*, ce qui, avec la nourriture évaluée également à 2 fr., donnerait une dépense de 2.600 fr. seulement, soit une économie de 2.400 fr.

La question de la laïcisation de l'hôpital de Limoges a été posée par M. Baulieu, au Conseil municipal de cette ville, à l'occasion de la discussion du budget de l'hôpital. A la suite d'une discussion très vive à laquelle notre ami, le Dr Th. Raymond, ancien interne de la Salpêtrière, a pris une part active, le Conseil municipal a rejeté le budget hospitalier et voté la laïcisation à bref délai de l'hôpital. Dans sa séance du 15 février 1897, l'un des conseillers, M. Treich, a lu un rapport très documenté justifiant la laïcisation de l'hôpital et invitant la Commission administrative à prendre une décision conforme. Le 8 mars suivant, le Conseil a voté la laïcisation par 23 voix contre 9. Entre temps, la Commission administrative avait décidé, comme à Bourges, de laïciser le service de la pharmacie où le préfet, s'appuyant sur le rapport de l'inspection générale, avait signalé des abus qu'on ne pouvait tolérer plus longtemps.

Nous ne croyons pas que l'autorité supérieure ait jusqu'ici donné son assentiment au vote du Conseil municipal de Limoges. Ce sera sans doute l'œuvre d'un autre ministère. En attendant, et pour assurer la réforme qu'elle a décidée, la majorité du Conseil municipal ferait bien d'organiser une école professionnelle à l'exemple du Conseil municipal du Havre. C'est par la création d'écoles professionnelles pour les infirmiers et les infirmières qu'on rendra facile et durable la laïcisation des établissements hospitaliers et qu'on assurera aux malades des soins conformes aux indications de la science et de l'hygiène.

A propos d'un article intitulé : *Les moyens de contention des délirants dans les hôpitaux,* notre ami le Dr Régis, après avoir cité des exemples d'accidents survenus à des malades par suite de l'ignorance des infirmiers des hôpitaux de Bordeaux, insiste sur leur recrutement défectueux : « Un ouvrier quelconque, quelquefois un malade sortant, se trouve du jour au lendemain transformé en infirmier... ». De là des accidents. Quel est le remède à cela ?

« Il faut, sans tarder, écrit M. Régis, organiser à Bordeaux des cours analogues à ceux qui ont été créés à Paris pour les asiles et les hôpitaux. Cela est indispensable et cela sera facile. Déjà, une institution de charité privée de notre ville a fondé un enseignement et des diplômes de gardes-malades, au grand avantage des médecins et des familles. Il ne faut pas que les infirmiers de nos hôpitaux, qui devraient être des modèles du genre, soient les seuls, quand ils entrent en fonctions, à ne rien connaître de leur métier.

« J'ai la conviction que si l'Administration des hospices de Bordeaux, comprenant le devoir qui lui incombe, organisait sérieusement une école d'infirmiers et d'infirmières, cette école ne tarderait pas à fonctionner et à devenir une pépinière d'excellents professionnels. Les chefs de service, sachant de quelle importance il est pour eux d'avoir de bons aides, sûrs et expérimentés, n'hésiteraient pas certainement à favoriser cette création et à instituer des cours qui seraient faits, à défaut d'eux mêmes, par les médecins adjoints et les internes, dont le dévouement pour une œuvre de ce genre ne saurait être douteux.

« Tant qu'on n'aura pas réalisé cette réforme, absolument nécessaire, les infirmiers de nos hôpitaux pourront être de braves gens, mais non des gens de métier, et on aura encore à déplorer des faits comme ceux sur lesquels je viens d'appeler l'attention ».

Parmi les hôpitaux de province qui sont confiés à des laïques, dont le nom nous est parvenu depuis un an, nous devons citer l'hospice de Flamainville, à Bazeilles (Ardennes) et un petit hôpital dans la Sarthe.

Il serait intéressant, c'est encore une redite, d'avoir une statistique complète des établissements hospitaliers de tout genre confiés à des laïques : Hôpitaux, hospices, asiles, orphelinats, crèches, etc. La direction de l'assistance publique au Ministère de l'Intérieur rendrait service en publiant chaque année cette statistique, de même que le Ministère de l'Instruction publique dresse tous les ans une statistique des écoles laïques et des écoles congréganistes.

Souvent, les commissions administratives de province s'adressent au ministère de l'Intérieur pour qu'il les aide à se procurer un personnel laïque : des sous-employés laïques s'adressent à ce ministère pour être placées. Ni les unes, ni les autres ne reçoivent satisfaction. C'est pour aider les hôpitaux de province, surtout ceux des petites villes, que ce ministère devrait créer, sur le produit

du pari mutuel, un certain nombre de *bourses* dans les écoles municipales de Paris à la condition, pour les titulaires, d'être à la disposition du ministère pour se rendre dans les hôpitaux de province. Il devrait être aussi établi un registre sur lequel on inscrirait les demandes des infirmiers et infirmières diplômés qui s'offrent à l'Administration pour aller soit en province, soit dans nos colonies, soit à l'étranger.

Illusion que tout cela, nous dira-t-on. Assurément, en face de l'indifférence de l'Administration supérieure qui, oubliant qu'elle a le devoir de mettre nos établissements hospitaliers au moins de pair avec ceux des pays où l'on s'occupe sérieusement de l'Assistance publique et ne fait rien pour réaliser les réformes que nous venons d'énumérer, nous abandonnerions la lutte. Si nous persistons, c'est parce que nous voyons augmenter le nombre des hommes compétents, qui reconnaissent l'utilité, la nécessité même de l'enseignement professionnel et de la création des écoles d'infirmiers et d'infirmières. C'est aussi, parce que nous comptons sur vous, infirmiers et infirmières diplômés, pour défendre par votre zèle, votre activité, votre douceur, votre dévouement envers les malades, la cause de la laïcisation. En le faisant, vous soutiendrez le courage de vos défenseurs, vous condamnerez au silence nos adversaires communs et vous montrerez votre dévouement et votre reconnaissance envers la République.

VARIA

Justice égale pour tous : Suppression des juridictions exceptionnelles civiles et militaires. — M. le Dr Grimaux dans le procès Zola. — Affaire Heim.

. . . . ,

« *Quand le droit d'un* SEUL *est lésé, c'est le droit de* TOUS *qui est menacé*. Il n'y avait pas autre chose à dire, car la cause du droit est une et avant que tous les instruments du travail ne soient socialisés — si jamais ils doivent l'être — suivant la formule d'un sémite fameux, le sentiment de justice générale, qui est tout le support du socialisme lui-même, n'aura que trop d'occasions de s'exercer dans les questions particulières que l'oppression des oligarchies soumettra, chaque jour, à la critique de tous. Je ne suis point de ceux qui relèguent platoniquement [illegible] avec Dieu lui-même, dans la catégorie de l'idéal. Je [illegible] humaine meilleure, plus juste et plus belle. Mais [illegible] qu'il faut, pour conquérir ce bien, l'effort quotidien [illegible] sur tous, je crois qu'il faut, tout en marchant à l'[illegible], [illegible] pour le mieux de toute heure qui passe ». Dr G[illegible] (*L'Aurore* du 20 janvier).

Notre [illegible] le Dr Grimaux, agrégé honoraire de la Faculté de médecine, professeur à l'École Polytechnique, membre de l'Institut et du Comité consultatif d'Hygiène de France, a signé, avec beaucoup d'autres universitaires, une pétition en faveur de la révision du procès Dreyfus. Nous n'avons pas ici, à parler de cette affaire qui passionne tant l'opinion publique; mais à la fin de sa déposition, l'un des avocats, Me Labori, lui ayant demandé si son attitude ne lui avait point valu des menaces de l'autorité supérieure, il a été amené à donner sur lui et sur ses origines des détails qui nous paraissent de nature à intéresser nos lecteurs. Et M. Grimaux, d'une voix émue par la colère et l'indignation, a fait le récit suivant :

— Le [illegible] le Ministère de la Guerre me fit demander [illegible] c'était bien moi qui avais signé la protestation [illegible] à l'heure. Immédiatement j'écrivis une [illegible] disais : Voici la protestation que j'ai signée, [illegible], je le reconnais.

[illegible], *au Conseil des Ministres, un décret de* [illegible] *à l'École polytechnique, qui a* [illegible] *à l'État et de services à la science,* [illegible] (*Mouvement*). Mais le conseil déclara cette révocation [illegible] était respectueuse et je n'avais fait [illegible] citoyen en signant cette pétition à la Chambre.

[illegible] dénonciation paraissait dans un journal [illegible] *la Libre Parole*; il était dit de moi : « M. Grimaux, professeur à l'École polytechnique, qui instruit [illegible] de ceux qui vilipendent l'armée ».

[illegible], huit mois auparavant, m'avait traité, alors que je suis catholique, de *youtre nauséabond*, de *juif renégat passé au protestantisme*, et étais candidat républicain à un siège sénatorial (1) (*Mouvement*), dans un tel journal, cette injure m'est indifférente. Mais, dernièrement, il y a trois ou quatre jours, c'est vendredi, je crois, la veille du jour où je pensais déposer, *le Ministre de la Guerre fit demander à M. le général commandant de l'Ecole polytechnique une enquête et un rapport sur mon compte*. Cette lettre du Ministre de la Guerre disait : Général, il nous revient que M. Grimaux a signé des protestations ou pris part à *des manifestations hostiles à l'armée*.

Et les larmes aux yeux, le savant fait entendre cette véhémente protestation contre les abominables procédés du Ministre :

— Messieurs, s'écrie-t-il, à la première phrase : « A signé des protestations », je répondis : « On le sait bien ; depuis un mois, au Ministère, on a mon aveu, écrit de ma main ».

Quant au passage : « A pris part à des manifestations hostiles à l'armée », je proteste avec énergie : je suis un patriote, de ces patriotes qu'on croit flétrir quand on l'appelle chauvin ; je suis de ceux qui courent quand les régiments défilent, et, quand le drapeau passe, je le salue respectueusement, le cœur ému et palpitant, car ce glorieux drapeau, je l'ai vu arracher des mains héroïques de l'armée de Metz par la trahison, et ce drapeau, j'espère le voir flotter au-dessus de nos villes perdues au lendemain des batailles victorieuses qui nous rendront nos chères provinces ». (*Applaudissements*).

Moi, ne pas être un patriote ! Le général m'a demandé ma famille, mon passé ! Ma famille : mon père, en 1805, était à bord d'une frégate qui battait une frégate anglaise ; en 1814, il chevauchait en Champagne. Mon aïeul, par alliance, était lieutenant de dragons, aide de camp du maréchal Brune, et, il y a trente ans, il me racontait encore l'entrevue de Tilsitt, à laquelle il a assisté.

Messieurs, où n'aurais-je pas pris de leçon de patriotisme ; j'ai été porté sur les genoux de ces deux capitaines de vaisseau qui, pendant les guerres de la Révolution et de l'Empire, avaient couru sus à l'Anglais, et, plus récemment encore, des deuils cruels à mon cœur sont venus me frapper.

Un des miens a succombé glorieusement devant l'ennemi, qui, pendant son cours de Saint-Cyr, était l'enfant chéri de ma maison. Je vois encore sa jeune figure imberbe, toute vaillante. Lieutenant de dragons, il demanda à partir pour le Soudan; il était d'une lignée guerrière.

C'était un vrai officier, loyal comme une épée, brave comme un sabre. A peine était-il à Kayes qu'avec son capitaine et huit spahis, il repousse quatre-vingts Maures arabes ; puis, bientôt il est à Tombouctou, pour charger sans cesse ; tout de suite, il est environné par les noirs, une lance lui traverse le flanc, il tombe sur le sol, au moment où ses cavaliers vont le dégager, et ce jeune héros meurt le sourire aux lèvres, comme l'a rapporté son capitaine qui a reçu son dernier soupir. Il meurt le sourire aux lèvres comme s'il voyait l'image de la patrie flotter devant lui, cette patrie à laquelle il donnait sa jeune existence.

Voilà la famille du mauvais patriote, de l'homme hostile à l'armée, à laquelle j'appartiens. (*Long mouvement*).

Il y a quarante-quatre ans, en 1853, j'étais officier de santé, sous-aide de la marine, au port de Toulon; je portais l'épée au côté, j'avais le grade et les avantages d'un officier. Je servis dans les hôpitaux maritimes de Toulon pendant la guerre de Crimée, car les hôpitaux et les épidémies sont pour nous, médecins et pharmaciens, des champs de bataille.

M. Grimaux raconte que, pendant la guerre, il a quitté en août la Vendée, où il était en congé, pour venir à Paris pour servir comme garde national, soignant entre temps les blessés.

. . . .

Messieurs, j'ai été ensuite honoré de grandes amitiés, de l'amitié de Gambetta, qui était un patriote, celui-là ; j'ai collaboré avec lui à la fondation de la *République française*, j'ai compté et je compte encore des amitiés dans l'armée et dans la marine, depuis de jeunes lieutenants de Fontainebleau jusqu'aux marins et généraux de division. Je suis aussi depuis vingt-deux ans, à cette grande École Polytechnique, dont on connaît aussi la glorieuse devise, et où il n'y a que des exemples de patriotisme.

Le Conseil supérieur de l'instruction publique a décidé de suspendre de ses fonctions pendant deux ans M. le Dr Heim, agrégé, pour fautes commises dans sa gestion et indications erronées dans l'exposé de ses titres lors de la vacance de la chaire d'histoire naturelle médicale.

(1) On sait que M. le Pr Grimaux était en juillet dernier candidat en Vendée. C'est le matin même de l'élection, à la Roche-sur-Yon, que les délégués sénatoriaux, — dont j'étais —, furent inondés de *Libre Parole*. (M. B.)

Concours d'agrégation de chirurgie et accouchements.

Le jury du concours d'agrégation de chirurgie et accouchements, qui doit s'ouvrir le 7 mars prochain, est composé actuellement comme il suit :

Président, M. Guyon; *juges titulaires*, MM. Lannelongue, Le Dentu, Panas, Pinard (de Paris) ; Ollier (de Lyon), Herrgott (de Nancy), de Lapersonne (de Lille), Jeannel (de Toulouse). Sont désignés comme *juges suppléants* : MM. Berger, Bar, Nélaton et Tuffier (de Paris).

Voici les noms des candidats admis à prendre part à ce concours : CHIRURGIE. — *Paris* : MM. Auvray, Clado, Paul Delbet, Demoulin, Faure, Glantenay, Guillemain, Legueu, Lyot, Mauclaire, Mignot, Péraire, Reymond, Rieffel, Souligoux et Villemain. — *Montpellier* : MM. Capman, Imbert et Mencière. — *Nancy* : MM. André et Pillon. — *Bordeaux* : MM. Bégouin, Chavannaz et Vitrac. — *Lyon* : MM. Albertin, Bérard, Bert, Destot, Dor, Gayet, Martel, Nové-Josserand, Rivière et Villard, — *Lille* : MM. Gaudier, Lefort et Vanverts. — *Toulouse* : MM. Bauby, Cestan, Chamayou, Gally et Tailhefer.

ACCOUCHEMENTS. — *Paris* : MM. Bouffe, Demelin, Lepage, Paquy, Potocki, Schwaab et Wallich. — *Bordeaux* : MM. Audebert, Fieux et Maire. — *Toulouse* : M Stieber.

Quelques candidats sont inscrits pour plusieurs Facultés.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 23. — Médecine opératoire : MM. Marchand, Rémy, Sébileau. - 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Kirmisson, Ricard, Bonnaire. — (2e *série*) : MM. Segond, Delbet, Varnier. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Déjerine, Gilles de la Tourette. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Reynier, Lejars, Walther. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Brissaud, Widal.

JEUDI 24. — Médecine opératoire : MM. Panas, Nélaton, Hartmann. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Guyon, Bar. Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Raymond, Marie, Roger. — (2e *série*) : MM. Cornil, Marfan, Achard. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Troisier, Charrin.

VENDREDI 25. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Gilles de la Tourette, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Tillaux, Reynier, Lejars. — (2e *série*) : MM. Marchand, Segond, Walther. — (2e *partie*) : MM. Brissaud, Gaucher, Thoinot. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Delbet, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 26. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Hallopeau, Letulle. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Chantemesse, Ménétrier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Le Dentu, Bar, Maygrier.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 23. — M. Baillet. Les paralysies urémiques. — M. Savariaud. Ulcère hémorragique de l'estomac et son traitement chirurgical. — M. Villière. Intervention chirurgicale dans la gangrène pulmonaire. — M. Junien-Lavillauroy. Contribution à l'étude anatomique des carcinomes du testicule.

JEUDI 24. — M. Faitout. Quelques observations d'autoplastie. — M. Fauvel. De la suture de la paroi abdominale dans la laparotomie. — M. Savoire. Etude sur les alcaloïdes d'origine microbienne.

SAMEDI 26. — M. Cange. Des éventrations spontanées et de leur traitement chirurgical. — M. Delarue. Contribution à l'étude des fractures de l'astragale, fractures par arrachement. — M. Dumas. Contribution à l'étude de la diphtérie toxique

---

Enseignement médical libre.

Institut Psycho-Physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts. *Cours et Conférences du semestre d'hiver* 1897-1898. — Jeudi 24 février, à 5 h., M. Eugène CAUSTIER : *Psychologie comparée : L'évolution sexuelle et les combats des animaux pour la suprématie* (projections à la lumière oxhydrique). — Jeudi 3 mars, à 5 heures, M. le Dr Max NORDAU : *La paralysie générale : signes précoces et formes frustes de la paralysie générale*. — Jeudi 10 mars, à 5 heures, M. le Dr BÉRILLON : *La psychologie de la vision et l'évolution de la fonction visuelle* (démonstrations des Rayons de Rœntgen, par le Dr Dagincourt). — Jeudi 17 mars, à 5 heures, M. le Dr Henry LEMESLE : *Les aliénés criminels*. — La plupart des conférences seront accompagnées de présentations de malades, de démonstrations cliniques de psychothérapie, de démonstrations expérimentales et de présentations d'appareils.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 6 au samedi 12 février 1898, les naissances ont été au nombre de 1.157, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 385, illégitimes, 178. Total, 563. — *Sexe féminin* : légitimes, 393, illégitimes, 201. Total, 594.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 6 au samedi 12 février 1898, les décès ont été au nombre de 1.030, savoir : 532 hommes et 498 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 1. T. 2. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0, — Rougeole : M. 9, F. 9, T. 18. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0, — Coqueluche : M. 2, F. 8, T. 10. — Diphtérie, Croup : M. 4, F. 6, T. 10. — Grippe : M. 5, F. 8, T. 13. — Phtisie pulmonaire : M. 124, F. 69, T. 193. — Méningite tuberculeuse : M. 12 F. 17 T. 29. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 5, T. 20. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 32, T. 50. — Méningite simple : M. 16, F. 7, T. 23. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 23, F. 25, T. 48. — Paralysie, M. 8, F. 7, T. 15. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 4, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 32, F. 42, T. 74. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 18, T. 29. — Bronchite chronique : M. 22, F. 20, T. 42. — Broncho-pneumonie : M. 23, F. 24, T. 47. — Pneumonie : M. 29, F. 17, T. 46. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 28, F. 25, T. 53. — Gastro-entérite, biberon : M. 6, F. 9, T. 15. — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 2, T. 4. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 17, F. 16, T. 33. — Sénilité : M. 18, F. 38, T. 56. — Suicides : M. 4, F. 5, T. 9. — Autres morts violentes : M. 17, F. 4, T. 21. — Autres causes de mort : M. 72, F. 70, T. 142. — Causes restées inconnues : M. 10, F. 2, T. 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 64, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 22, illégitimes, 11. Total : 33. — *Sexe féminin* : légitimes, 18, illégitimes, 13. Total : 31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — La chaire de médecine légale et toxicologie de la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier est déclarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. ARNOZAN, professeur de thérapeutique, membre du Conseil de l'Université, est nommé assesseur du doyen.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. LACASSAGNE, professeur de médecine légale, membre du Conseil de l'Université, est nommé assesseur du doyen. — M. LORTET, professeur d'histoire naturelle, est nommé doyen pour trois ans, à dater du 13 février 1898.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. CARETTE, pharmacien de 1re classe, est nommé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, chef des travaux de chimie organique.

TUBERCULOSE. — L'Académie des Sciences vient de nommer une commission chargée d'étudier la prophylaxie de la tuberculose et des logements insalubres. Ont été désignés à cet effet : MM. d'Arsonval, Bouchard, Brouardel, Duclaux, de Freycinet, A. Gautier, Guyon, de Jonquières, Marey, Potain. Font de droit partie de la commission les deux secrétaires perpétuels, MM. Berthelot et Bertrand.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Dans la séance du 13 janvier 1898, le Conseil supérieur de l'Instruction publique a rejeté une proposition faite par un de ses membres, tendant à ce que le diplôme de bachelier ès lettres-mathématiques de l'enseignement classique donnât accès aux études médicales, au même titre que le diplôme de bachelier ès lettres-philosophie. En 1895, le Conseil avait repoussé une proposition identique.

CONGRÈS DE BALNÉOLOGIE DE VIENNE. — Le dix-neuvième Congrès de Balnéologie siégera à Vienne du 11 au 15 mars sous la présidence du Pr Liebreich.

INSTITUT PASTEUR. — Mme Emile Durand (de Saint-Germain), vient de faire don à l'Institut Pasteur d'une somme de 50.000 francs, destinée à des études sur la tuberculose. Elle a fait ce don en mémoire de son mari, Emile Durand, et de sa fille. L'Institut Pasteur a accepté le don et la mission avec reconnaissance.

LES LABORATOIRES RADIOGRAPHIQUES. — En raison de l'utilité des rayons X pour le diagnostic des maladies internes et les

opérations chirurgicales, M. Dufayel a prêté une galerie de ses magasins à l'Institut radiographique de France, qui y a installé un cabinet modèle de radiologie médicale. Ce cabinet, pourvu des instruments les plus perfectionnés, est ouvert tous les matins, de 9 à 11 heures, pour les médecins et les malades.

Service de Santé de la Marine. — Nominations à l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe : MM. les Drs Brisemur, Damond et Thomas-Derevoge.

Srvice de Santé militaire. — M. Guillemin, médecin principal de 1re classe, médecin chef de l'hôpital militaire de Nancy, est nommé directeur du service de santé du 20e corps d'armée. — M. Guibal, médecin-major de 2e classe au 26e régiment d'infanterie est affecté à la direction du service de santé du 20e corps d'armée.

Service de Santé des Colonies. — M. le médecin principal Sicilliano, médecin-major du 1er régiment de marine, à Cherbourg, est destiné au 9e régiment de l'arme au Tonkin, en remplacement de M. le médecin principal Nodier, qui terminera, le 25 mars 1898, deux années de service colonial et qui est affecté au 1er régiment à Cherbourg. MM. les médecins de deuxième classe Chagnolleau, aide-major au 4e d'infanterie de marine à Toulon; Regnault, aide-major au 8e régiment du même port; Portes, aide-major au 7e régiment à Rochefort, et Reygondaud, aide-major au 1er d'artillerie de marine à Lorient, sont destinés : les deux premiers, au 2e régiments de tirailleurs tonkinois; le troisième, au 10e d'infanterie de marine au Tonkin, et le quatrième, au 11e régiment en Cochinchine, en remplacement de MM. les Drs Berger, Fournes, Chalibert et Chabannes, qui termineront vers la fin de mars 1898 la période réglementaire de service colonial et qui seront affectés : le premier, au 1er d'artillerie de marine, à Lorient; le second, au 8e régiment, et le troisième, au 4e d'infanterie de marine, à Toulon; enfin, le quatrième, au 7e régiment de l'arme, à Rochefort. MM. les Drs Sicilliano, Chagnolleau, Regnault, Portes et Reygondaud prendront passage sur le navire affrété qui partira de Marseille le 1er mars 1898. M. le médecin de deuxième classe Féraud, aide-major au 1er régiment d'infanterie de marine, à Cherbourg, est destiné aux tirailleurs tonkinois, en remplacement de M. le Dr Cassien, qui terminera, vers le 1er avril prochain, la période réglementaire de service colonial et qui sera affecté au 1er d'infanterie à Cherbourg. M. le Dr Féraud prendra passage sur le navire affrété partant de Marseille le 1er mars 1898. — Nomination à l'emploi de médecin stagiaire : M. le médecin auxiliaire de 2e classe de la marine, Le Moal.

La Société française d'Otologie et de Laryngologie se réunira la lundi 2 mai, à 8 heures du soir, au palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins, Paris. Le titre des communications devra être adressé, avant le 15 avril, au secrétaire général, le Dr Joal, 17, rue Cambacérès. A sa dernière session, la Société a mis à l'ordre du jour de sa prochaine réunion la discussion des questions suivantes : 1o *De l'unification des notations acoustiques;* rapporteurs : MM. Gellé père et fils; 2 *Pathologie de l'amygdale linguale*; rapporteur M. Escat.

Hôpitaux de Paris. — *Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine et en chirurgie pour l'année* 1898. — MM. les élèves actuellement en fonctions et ceux qui seront nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans l'Amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, 3, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1898, savoir : Pour MM. les élèves internes : de 2e, 3e et 4e année, le vendredi 18 février, à 2 heures; de 1re année et à MM. les internes provisoires, le samedi 19 février, à 2 heures. Pour MM. les élèves externes : de 3e année, le lundi 21 février, à 1 h. 1/2; de 2e année, le mercredi 23 février, à 1 h. 1/2; de 1re année, première moitié de la liste, le jeudi 24 février, à 1 h. 1/2; pour la deuxième moitié de la liste, le vendredi 25 février, à 10 heures. MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement au concours.

Concours de l'Internat. — Questions posées à l'oral, 9 février : *Lèvres et chancre induré.* — 11 février : *Trompes. Abcès du sein.*

Radiographie. — Le Conseil municipal examinera dans sa prochaine session, une proposition de M. Ambroise Rendu, tendant à établir un service radiographique dans chacun des hôpitaux dépendant de l'Assistance publique. Ce service serait placé sous la direction des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Un Médecin Archéologue. — A l'Académie des Inscriptions et belles-lettres, sur *l'emplacement de l'ancienne Béryte*, a [illegible] du Ministre de l'Instruction publique annon[illegible] que M. J[illegible] Rouvier professeur à la Faculté française de [illegible] de Beyrouth. On signale la découverte qu'il vient de [illegible] dans une région envahie depuis des années par les sables et [illegible] au sud de cette ville. Il y est question de plusieurs puits [illegible] phéniciens du deuxième siècle avant notre ère.

Dispensaire Furtado-Heine. — M. le Dr Gourc vient d'être nommé médecin dentiste du Dispensaire.

Service de nuit des infirmiers. — A partir du 1er février, les infirmiers et infirmières, chargés du service des veilles dans les salles des malades, devaient cesser leur service à huit heures du matin. Jusqu'à présent ce service commençait à huit heures du soir et se prolongeait jusqu'à onze heures du matin. Désormais, après douze heures de travail nocturne, les veilleurs pourront aller prendre un repos bien mérité, sans être obligés de faire encore jusqu'à midi toute la toilette matinale de l'hôpital. Cette mesure n'a pu être appliquée complètement. Le service de veille cesse maintenant à dix heures du matin à Bicêtre. Dans les hôpitaux de Paris, les veilleurs et les veilleuses sortent de 10 heures à midi, déjeunent à midi et se couchent de 1 heure à 7 heures 1/2 ou 3 4; ils prennent à 8 heures le service de veille. — Il y a là une réforme à étudier.

Nécrologie. — M. le Dr Lainé (César), député de la Martinique. — M. Henri Chevillard, étudiant en médecine, interne aliéniste à l'hôpital Saint-Jacques de Nantes, vice-président de l'Association des Etudiants de Nantes. Il n'était âgé que de vingt-six ans. — M. le Dr Leuckhart, professeur de zoologie et de zootomie à l'Université de Leipzig, vient de mourir à l'âge de 74 ans. M. le Pr Leuckhart était un zoologiste de très grande valeur et son œuvre est considérable. Nombre de ses travaux se rapportent à la zoologie médicale. Ses recherches sur les tænias et les échinocoques sont bien connues et tout aussi classique est son ouvrage intitulé : *Les parasites de l'homme.* — M. le Dr Chokles (Nicolas), professeur d'hygiène, à Lausanne. — M. le Dr Marx Podack, privat-docent à l'Université de Kœnisberg, décédé dans sa trente-quatrième année.

AVIS A NOS ABONNÉS

Ceux de nos abonnés qui ont égaré des numéros sont priés de nous les réclamer avant fin mars, en joignant leur bande.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Broca, 111, rue Broca. — *Leçons cliniques de Gynécologie.* — M. le Dr S. Pozzi, vendredi à 10 heures du matin. — Le mercredi, de 9 à 10 heures, démonstrations d'*Histologie pathologique* (Gynécologie), par le Dr Latteux, chef du laboratoire de l'hôpital Broca. Lundi et mercredi, à 10 h., opérations.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Hôpital Trousseau. — M. Kirmisson, leçons cliniques les mardis et samedis, à 10 heures.

Hospice de la Salpêtrière. — *Maladies du système nerveux.* — M. le Dr Déjerine : leçons cliniques sur les maladies nerveuses le jeudi, à 5 heures. Le mercredi matin, à 9 h. 1/4, examen des malades de la consultation externe. Le cours a lieu dans la salle de la consultation externe.

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Bazy, consultations pour les maladies des voies urinaires (reins, vessie, etc.), les mardis, jeudis et samedis à 9 h. 1/2. — M. Hallopeau. *Maladies cutanées et syphilitiques*, salle des conférences, le dimanche, à 9 h. 1/2.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MENTALE

Asile clinique (*Sainte-Anne*). — **M. le Pr JOFFROY.**

Sur un cas d'acromégalie avec démence;

Par A. JOFFROY.

(Leçon du 23 février 1895, recueillie par le Dr Roubinovitch, chef de clinique de la Faculté).

Je désire vous parler aujourd'hui d'une femme, entrée dans mon service le 13 novembre dernier, pour un affaiblissement très marqué des facultés intellectuelles, et qui est atteinte de cette affection que P. Marie décrivit en 1885 sous le nom d'acromégalie.

Cette femme a actuellement 58 ans; les premières manifestations de son acromégalie se sont produites entre 53 et 54 ans, pour ainsi dire sous mes yeux, car j'ai eu l'occasion de voir cette malade pendant bien des années avant l'éclosion de la maladie actuelle, qui l'a rendue absolument méconnaissable.

Vous savez que l'âge a une importance considérable dans le développement de l'acromégalie. La plupart des auteurs admettent que cette affection apparaît pendant l'adolescence ou pendant les premières années de l'âge adulte, c'est-à-dire entre 16 et 30 ans. D'après une observation de Freund, ces troubles pourraient débuter encore plus tôt, vers l'âge de 11 ans. Pour d'autres, comme Erb, par exemple, l'apparition de l'acromégalie aurait lieu surtout au moment de la ménopause, et dans un des cas qu'il a observés, ce début a eu lieu vers l'âge de 48 ans.

Chez notre malade, les premiers signes de l'acromégalie n'ont été remarqués que 4 ou 5 ans après la suppression des règles, de sorte que nous gardons une certaine réserve à l'égard de cette opinion, qui place le début de cette affection, chez la femme, au cours de la vie génitale.

Remarquez bien la physionomie de cette malade : l'ensemble du visage paraît avoir un volume exagéré, et sans même examiner séparément les différentes parties qui le composent, le diagnostic peut se faire au premier coup d'œil.

Si maintenant nous faisons l'examen détaillé, nous constaterons que le nez est disproportionné et augmenté dans toutes ses dimensions : il s'est élargi et épaissi. Dans les observations publiées jusqu'ici, on note toujours cet accroissement du nez qui forme, au milieu du visage hypertrophié, une saillie étrange, énorme et singulièrement disgracieuse. Les ailes s'épaississent, surtout dans leur partie inférieure ; la cloison et la sous-cloison deviennent colossales et le lobule prend aussi des dimensions tout à fait exagérées. Vous vous ferez une idée exacte de cette augmentation du volume du nez, en jetant un coup d'œil sur la figure 14 de la thèse de Souza-Leite. Il y a quelque chose d'analogue chez notre malade, quoique la cloison n'ait pas pris les proportions extraordinaires dont je viens de vous montrer la reproduction. Remarquez aussi ces rides profondes qui séparent le nez des joues, et d'autres situées près des sourcils. Le front est, chez presque tous les acromégaliques, bas et petit, ce qui est d'autant plus frappant, que les arcades sourcilières plus volumineuses font une saillie plus considérable. Les paupières plus épaisses, plus longues qu'à l'état normal, présentent, dans certains cas, une coloration brunâtre ; elle est facile à constater chez notre malade. La fente buccale est très longue, les lèvres sont épaisses, surtout la lèvre inférieure, que vous voyez dans ce cas proéminente et légèrement pendante.

Dans la plupart des cas d'acromégalie, le maxillaire inférieur est tout particulièrement augmenté de volume ; il est gros, formant une saillie considérable, dirigée en avant et en bas, et manifestement beaucoup plus développé que le maxillaire supérieur. De cette inégalité dans les proportions des deux maxillaires, résulte un prognathisme maxillaire plus ou moins prononcé. On ne remarque pas dès l'abord, chez notre malade, l'existence de ce prognathisme, mais en l'examinant de près, on voit que son menton présente une saillie antéro-inférieure assez notable ; de plus, si nous lui faisons entr'ouvrir les lèvres, nous voyons que les dents du maxillaire inférieur sont écartées les unes des autres, et que la mâchoire inférieure dépasse en avant la mâchoire supérieure d'un demi centimètre environ; or, vous savez qu'à l'état normal, les deux arcades juxtaposées se trouvent généralement au même niveau. Cet état du maxillaire inférieur se rapporte à une hypertrophie de l'os, hypertrophie telle que l'angle du maxillaire inférieur, qui à l'état normal est presque droit, devient obtus par suite d'un accroissement considérable de la branche horizontale. Une conséquence fréquente de l'accroissement du maxillaire inférieur, c'est la difficulté de la mastication, provenant de ce que les dents de l'arcade dentaire inférieure ne correspondent plus à celles de la supérieure ; c'est pourquoi certains acromégaliques, dont parle Ellinwood, voulant remédier à cette gêne, se sont fait arracher toutes les dents et les ont fait remplacer, en bas par un dentier, en haut, par une plaque métallique qui avançait un peu plus que le rebord du maxillaire supérieur, pour correspondre au dentier inférieur.

Chez notre malade, la mastication se fait encore assez bien, et il n'y a heureusement pas lieu de recourir à ce procédé.

Une modification très remarquable que vous pouvez constater chez cette femme, c'est l'augmentation du volume de la langue, qui a plus que doublé depuis le début de la maladie. La forme normale est conservée, seulement l'épaisseur, la largeur sont telles qu'on se demande comment elle parvient à la contenir dans la cavité buccale. On a, d'ailleurs, cité plusieurs cas où cette macroglossie était si prononcée, que la langue pendante sortait de la bouche.

Dans certains cas, les oreilles participent à cette augmentation générale du volume de la face, et non seulement pour les parties molles, mais encore pour les cartilages qui deviennent plus épais et plus résistants. En somme, l'ensemble de la face s'est accru, surtout dans le sens vertical, et c'est principalement l'augmen-

tation du maxillaire inférieur, avec le prognathisme qu'elle détermine, qui donne à la physionomie des acromégaliques cette forme d'ovale allongé, que P. Marie a très bien décrite.

Pour les os du crâne, on a noté une proéminence plus accusée des saillies, surtout des bosses frontales et de la protubérance occipitale externe; mais toutes ces modifications sont beaucoup moins manifestes que celles que nous avons décrites au niveau du maxillaire inférieur. Il y a lieu cependant de remarquer que c'est surtout la base du crâne qui augmente de volume chez les acromégaliques, et c'est ce qui détermine l'augmentation du diamètre antéro-postérieur de la tête.

Telles sont les modifications que nous rencontrons à l'extrémité céphalique de notre malade. Rien que par leur description, vous voyez que l'acromégalie est une affection bien caractérisée et que son diagnostic n'est pas difficile; qu'il est fondé surtout sur la constatation des particularités suivantes : augmentation des dimensions de la tête, augmentation du volume de la lèvre inférieure et de la langue, augmentation du volume du nez et prognathisme du maxillaire inférieur.

Je me rappelle avoir rencontré en voyage, il y a trois ou quatre ans, un rédacteur d'un grand journal; à première vue, on faisait le diagnostic d'acromégalie, tellement la physionomie est caractéristique; elle attirait d'ailleurs immédiatement l'attention de tout le monde, même des moins observateurs. Je n'insiste donc pas davantage sur les symptômes céphaliques.

Au niveau des membres supérieurs, on note tout d'abord l'accroissement des mains, caractérisé par l'augmentation de volume, et non, ou à peine, par l'allongement des parties constituantes. Comparez les doigts de notre malade avec ceux de cette femme de même âge et de même taille que j'ai choisie à dessein, et vous constaterez qu'ils ont conservé la longueur ordinaire, mais ils sont beaucoup plus volumineux. En outre, vous remarquez qu'ils sont aussi gros à leur base qu'à leur extrémité, sans déformation, ni au niveau des articulations des phalanges entre elles, ni au niveau des articulations des phalanges avec les métacarpiens. Leur épaisseur, égale partout, leur donne la forme de petits boudins ou de saucissons.

J'attirerai aussi votre attention sur ces plis, soit interphalangiens, soit intra-palmaires, beaucoup plus accusés qu'à l'état normal et qui donnent à cette main hypertrophiée un aspect de « main capitonnée ». D'ailleurs, pour mesurer l'augmentation de volume des mains d'acromégaliques, je ne vous conseille pas de recourir à la méthode métrique; elle donne des résultats peu précis. Je préfère, pour ma part, la méthode hydrostatique, qui, par les pesées successives du volume d'eau déplacé par la main qu'on étudie, donne des mensurations en poids, et par conséquent en volume susceptibles d'une exactitude beaucoup plus grande.

Voici comment j'ai procédé pour notre malade : j'ai tracé sur les deux poignets de la malade un trait à l'encre, au niveau de l'extrémité des apophyses styloïdes. J'ai choisi ensuite, comme terme de comparaison, la main d'une femme, de même âge et de même taille; puis successivement je leur ai fait plonger la main jusqu'au trait indiqué dans un cristallisoir rempli d'eau très exactement jusqu'au bord, et après chaque immersion j'ai mesuré le poids de l'eau déplacée par la main. La main droite de notre acromégalique a déplacé 440 centimètres cubes d'eau, tandis que la main droite du témoin n'en a déplacé que 340. Pour la main gauche, la différence est également très sensible : 400 centimètres cubes d'un côté, et seulement 317 de l'autre. Vous voyez qu'il y a chez notre malade une augmentation considérable du volume de la main.

Vous verrez souvent que dans une main, un doigt prend des dimensions beaucoup plus grandes que les autres; chez notre malade, c'est le pouce; chez d'autres, c'est quelquefois l'index ou le médius. Vous pouvez constater aussi que, chez notre malade, l'hypertrophie ne s'étend ni aux avant-bras, ni aux bras. Il en est ainsi dans la grande majorité des cas, ce que Marie a exprimé avec une exacte concision, en disant que l'hypertrophie osseuse des acromégaliques siège « sur les os des extrémités et sur les extrémités des os ».

Pour en finir avec les membres supérieurs, il me faut attirer encore votre attention sur l'altération des ongles. Ils sont généralement petits, friables, striés; mais ces modifications sont peu accusées chez notre malade.

Les pieds présentent un moindre accroissement de volume que les mains. Ainsi, par la méthode hydrostatique, le pied droit de notre malade déplace 970 cc. d'eau, tandis que le pied droit du témoin n'en déplace que 880. La différence est de 90, et pour les mains elle était de 100 centimètres cubes On voit que l'accroissement du volume des pieds est moins grand que celui des mains. Est-ce par suite d'une évolution plus tardive ou d'une évolution plus lente ?

Nous avons dit que l'allongement des pieds et des mains est peu marqué; nous devons cependant constater l'allongement des pieds de notre malade : il y a quelques années, sa chaussure avait la pointure 37, tandis qu'aujourd'hui elle a la pointure 40

Les pieds ont leur aspect normal, ils ne sont pas œdématiés, les sillons cutanés qui correspondent aux articulations, ainsi que les grands plis de la plante du pied, ont conservé leur courbure, les orteils sont volumineux; enfin les ongles sont courts, aplatis, mais ils ne présentent pas, comme chez certains acromégaliques, de gouttières latérales. D'ailleurs, de même que l'hypertrophie des mains ne remontait pas au-dessus des poignets, l'hypertrophie des pieds ne remonte pas au-dessus des malléoles, aussi les jambes et les cuisses présentent-elles leurs dimensions normales.

A l'inspection du tronc des acromégaliques, on note habituellement quelques modifications des courbures de la colonne vertébrale. Le plus souvent, il s'agit d'une cyphose, accentuée surtout dans la région cervico-dorsale et déterminant le « dos en voûte ». Quelquefois, c'est une courbure latérale, une scoliose droite ou gauche, donnant lieu à une gibbosité latérale, qui fait proéminer une épaule plus que l'autre. Chez la malade que nous examinons, ces modifications du rachis ne sont encore qu'au début, et il n'y a qu'une ébauche de scoliose.

A la partie antérieure du tronc, on note un épaississement très accusé des clavicules, avec élargissement de leur tête et accentuation des courbures. Les côtes sont larges, épaisses, rapprochées les unes des autres, surtout en avant. Quelquefois même elles sont imbriquées les unes sur les autres. Cet agrandissement des côtes, uni à l'épaississement et l'allongement du sternum, devenu bombé à sa partie supérieure, fait que le thorax est projeté en avant, très proéminent dans sa partie supérieure, dont le diamètre antéro-postérieur est augmenté. On voit ainsi que chez des acromégaliques arrivés à une période avancée de leur affection, il peut exister deux proéminences, l'une à la partie supérieure de la région dorsale, l'autre au niveau du sternum, ce

qui donnent à l'ensemble l'aspect très caractéristique de la double bosse de polichinelle.

Je viens de vous faire remarquer que le thorax dans tout son ensemble, aussi bien dans sa partie supérieure que dans sa partie inférieure, est projeté en avant. Il résulte de cette déformation que les dernières côtes sont fortement inclinées en avant et en bas; et que [illegible] cette inclinaison est si accentuée que, lorsque le malade est dans la station assise, ou accoudé sur ses genoux, ses côtes viennent toucher l'os iliaque, ou même s'imbriquer sur sa crête. Le tronc du malade [illegible] alors, selon la comparaison de Brissaud et Meige, l'aspect d'une statue cassée en deux et mal rajustée.

La parole de notre malade s'est nettement modifiée; elle est devenue très lente, un peu empâtée, très affaiblie, avec élévation de la tonalité de la voix [illegible] fausse, [illegible]. Le cou est gros, mais sans atteindre des dimensions exagérées. Le corps thyroïde ne paraît pas augmenté de volume.

Il n'existe pas de matité à la percussion de la partie supérieure du thorax, et notamment dans la région rétro-sternale, ainsi que l'ont décrit chez leurs malades Erb, Schultze, [illegible], etc., en l'attribuant à la présence du thymus. Mais la matité est très étendue au niveau de la région précordiale; elle tient à l'hypertrophie cardiaque déterminée par une double lésion : rétrécissement et insuffisance aortiques. Il est à noter d'ailleurs que les artères sont dures, très sinueuses et qu'à [illegible] ans, cette malade présente un degré d'athérome artériel qu'on ne rencontre généralement pas à un âge beaucoup plus avancé. — Il n'y a pas d'atrophie musculaire.

On a noté chez certains acromégaliques, tantôt une hypertrophie, tantôt une atrophie des muscles, et cela suivant l'époque de l'affection où l'on examine le malade. D'autres fois, la dégénérescence musculaire survient après une longue phase d'affaiblissement.

Un point fort intéressant, et sur lequel l'attention s'est portée dans ces dernières années, est relatif à la taille des acromégaliques. Notre malade a 1 m. 59, et à ce point de vue, il ne s'est produit chez elle aucun changement depuis le commencement de son affection. Il en est toujours ainsi lorsque la maladie survient à un âge avancé. Mais on a, dans certains cas, fait la remarque que les acromégaliques étaient des sujets de haute stature, et dans ces cas il est nécessaire, pour bien en comprendre la signification, de préciser l'époque d'apparition et l'évolution des symptômes. Par exemple, M. Marie (1) a rapporté le cas d'un malade qui, jusqu'à l'âge de 16 ans, était d'une taille ordinaire, mais qui grandit d'une façon considérable de 17 à 18 ans, en même temps que se développaient l'allongement de la face, la saillie des pommettes, l'élargissement des mains et des pieds, la déformation des côtes, la production de la double bosse de polichinelle, etc., c'est-à-dire tous les symptômes de l'acromégalie. A 19 ans, sa taille était de 1 m. 7[illegible]; [illegible] il mesurait 1 m. 82.

Dans l'observation rapportée par [illegible], il s'agit d'un acromégalique de taille très élevée. Il s'agit encore d'un géant dans le cas de [illegible], dont le squelette est conservé au Musée pathologique de [illegible], et dont la description a été donnée par le Pr Taruffi.

Dernièrement, Brissaud et Meige (2) ont étudié, d'une façon très intéressante, le mélange de l'acromégalie et du gigantisme sur un homme de 47 ans, montré en 1893 à la fête foraine de l'Esplanade des Invalides. C'est un bel exemple de gigantisme; car malgré la déformation du tronc par la double bosse de polichinelle, le géant de Montastruc mesurait encore sous la toise 1 m. 8[illegible]. Vers l'âge de 25 ans, il mesurait 2 m. [illegible]. On n'a qu'à jeter un coup d'œil sur sa photographie, pour remarquer qu'il présente la plupart des symptômes caractéristiques de l'acromégalie.

Il y a [illegible] ans, Dana (1) a rapporté les observations de deux acromégaliques géants, l'un, âgé de 33 ans, mesurait 2 m. 08; il pesait 300 livres, et, malgré sa taille, sa force n'était pas considérable; l'autre, qui n'était âgé que de 19 ans, mesurait 2 m. [illegible].

Un cas curieux a aussi été rapporté en 1898 par Woods Hutchinson (2). C'est celui d'une jeune femme, surnommée la « géante française », qui mesurait 6 pieds 8 pouces et demi (2 m. 1[illegible]); elle mourut à l'âge de 2[illegible] ans [illegible].

Enfin, Byrom Bramwell (3) a présenté, en 1895, à la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg, une jeune fille de 20 ans mesurant deux mètres. Jusqu'à l'âge de 18 ans, elle n'avait rien présenté de particulier; mais à cette époque sa taille augmenta démesurément, en même temps que se développaient tous les signes de l'acromégalie.

Tous ces exemples prouvent que [illegible] la stature coïncide assez souvent avec l'apparition de l'acromégalie. [illegible] un rôle manifeste. Tant que l'acromégalie débute pendant la période de la croissance, il y a [illegible] la production du gigantisme. Mais si, comme c'est le cas pour notre malade, les phénomènes d'acromégalie commencent à se produire lorsque la croissance est terminée, la stature ne subit plus aucune modification.

Quelle que soit la théorie, [illegible] nous trouvons donc deux classes d'acromégaliques : les uns, sans grande modification de la taille, les autres, de stature très haute et d'un poids considérable. [illegible] derniers, qui offrent au début une hypertrophie musculaire très accentuée, présentent vers la fin de la maladie une atrophie des plus nettes. C'est ainsi que le géant de Montastruc qui fait l'objet du travail de Brissaud et Meige, avait [illegible] restes seulement de son ancienne puissance musculaire.

[illegible] on a noté l'hypertrophie des organes génitaux : des grandes lèvres, du clitoris, de la peau. [illegible] en même temps que les [illegible] l'aménorrhée chez la femme et l'impuissance chez l'homme. [illegible] symptômes principaux de l'acromégalie [illegible] Chez notre malade, [illegible] depuis plusieurs [illegible] lorsque les premiers symptômes de l'acromégalie ont commencé à se développer.

(1) P. Marie. — [illegible] 1896.

(2) Brissaud et Meige. — [illegible] Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, 25 janvier 1895.

(1) Dana. — [illegible]

(2) Woods Hutchinson. — Acromegaly [illegible] 1898.

(3) Byrom Bramwell. — [illegible] 1895.

Je vous ai signalé chez notre malade l'hypertrophie cardiaque, des lésions d'orifice, la dilatation des vaisseaux ; ce sont là, avec la diminution du nombre des [illegible] des modifications qu'il n'est pas rare de rencontrer chez ces malades.

On a noté, chez certains acromégaliques, l'augmentation du corps thyroïde avec tous les autres symptômes basedowiens, y compris la reviviscence du thymus. Cependant, la coexistence de l'acromégalie et de la maladie de Basedow n'est pas aussi fréquente que l'a dit dernièrement [illegible]. Dans la thèse de Souza-Leite, on trouve résumées trois observations où ce phénomène existe, notamment celle de Pechadre, où l'on mentionne un petit goitre du volume d'une petite mandarine [illegible] sur la ligne médiane, celle de Erb, où il est question d'un goitre prononcé surtout à droite, et celle de [illegible] où l'augmentation du volume du corps thyroïde a été parallèle à l'accroissement graduel de la [illegible] des mains et des pieds. Dans d'autres observations il existait au contraire l'exophtalmie seule. Telles sont les observations de [illegible] et [illegible], de Minkowski, le premier cas de Lancereaux.

[illegible] dans une troisième série d'observations, on trouve [illegible] chez le même acromégalique, du goitre et de l'exophtalmie. Les cas de [illegible], où le goitre n'est pas noté, celui de [illegible], la seconde observation de Lancereaux, où il s'agit d'une tumeur [illegible] de l'exophtalmie et du tremblement, en sont [illegible].

Je suis persuadé, d'ailleurs, que si l'attention s'était portée davantage sur la recherche de cette coïncidence de l'acromégalie et de la maladie de Basedow, on l'aurait signalée plus souvent.

Comme conséquence des troubles de la nutrition et [illegible] chez ces malades, il faut noter [illegible] [illegible]. Dans certains cas, il s'agit d'une polyurie simple, les malades rendent [illegible] énormes d'urine, et souffrent [illegible] [illegible]. [illegible] [illegible] la glycosurie ; plus rarement de l'albuminurie. L'analyse de l'urine [illegible] [illegible] [illegible] 24 heures, au lieu de 22 à 24 [illegible].

On trouve également une diminution de l'acide [illegible] [illegible] par 24 heures, au lieu de 0 gr. 50 [illegible] que de l'acide phosphorique [illegible] 88, au lieu de 2 gr. [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]. La [illegible] dans les 24 heures n'est guère que de [illegible] centimètres. Les urines sont donc [illegible] [illegible] [illegible] [illegible], ce qui s'explique [illegible] par la période de cachexie à laquelle la malade [illegible].

[illegible] [illegible] [illegible] sous l'influence [illegible].

[illegible]

[illegible]

tion du fond de l'œil, congestion de la rétine ou même véritable névrite [illegible]. Dans une observation de Minkowski, le champ visuel était rétréci de tous les côtés pour l'œil droit, et la diminution de l'acuité visuelle était considérable pour l'œil gauche [illegible] [illegible] temporale double. Or, il n'y a guère qu'une circonstance où ce trouble visuel peut se produire, c'est lorsqu'il existe derrière le chiasma une tumeur qui comprime la portion interne des deux nerfs optiques. Dans l'acromégalie, la tumeur est constituée par le corps pituitaire hypertrophié, qui se trouve en effet au niveau et même au contact du chiasma des nerfs optiques. D'ailleurs, je reviendrai sur cette question tout à l'heure, quand je vous parlerai de l'anatomie pathologique.

Deux mots encore sur les symptômes qui caractérisent l'état psychique.

Ces signes sont très accusés chez notre malade. Elle habitait avec son frère dans des conditions très [illegible], et il lui fallait travailler pour vivre. Mais sa mémoire a tellement faibli qu'elle ne peut plus se rappeler le jour ou la date, et qu'elle oublie d'un moment à l'autre ce qu'on vient de lui dire ou ce qu'elle doit faire, c'est ainsi qu'elle est incapable actuellement de faire le moindre achat ou la préparation de sa nourriture. En même temps elle est indifférente, apathique, insouciante et dans un état d'aboulie tel, que son placement dans un asile s'est imposé.

Je ne vous en dirai pas bien long sur le pronostic de l'acromégalie. Tout est subordonné à l'évolution de cette maladie qui s'établit, comme vous l'avez vu, lentement, insidieusement, par l'hypertrophie progressive des extrémités, et qui une fois établie, progresse généralement d'une façon lente, mais continue, et aboutit ainsi à la cachexie. Il se peut toutefois qu'une complication intercurrente abrège cette longue maladie.

Bien que les autopsies des acromégaliques soient encore peu nombreuses et qu'un certain nombre parmi elles contiennent des lacunes regrettables, elles ont été pourtant assez fructueuses pour fournir un certain nombre de faits anatomo-pathologiques significatifs. Le plus intéressant parmi ces derniers est l'existence d'une tumeur formée par le développement parfois considérable du corps pituitaire. Vous savez qu'à l'état normal, cette glande est placée dans la selle turcique, où elle est enclavée.

Chez les acromégaliques, la selle turcique, sous l'influence de l'hypertrophie de la glande, prend des dimensions considérables, et son diamètre peut atteindre [illegible] centimètres. Dans une de ses autopsies, P. Marie a [illegible] une hypertrophie de cette glande telle, qu'elle était plus volumineuse que la protubérance. Il n'y a qu'à se rappeler les rapports anatomiques d'une pareille tumeur pour comprendre toutes les conséquences, toutes les perturbations qu'elle est capable de provoquer. En avant, elle est limitée par le chiasma des nerfs optiques ; à droite et à gauche, elle est en rapport avec les lobes sphénoïdaux ; en arrière, avec les pédoncules cérébraux. Les premiers qui souffrent de ce voisinage sont les nerfs optiques ; ils se trouvent comprimés [illegible] au niveau du chiasma et des bandelettes optiques, [illegible] de pénétrer dans les [illegible] optiques. [illegible] l'explication de ce fait que certains acromégaliques deviennent, à un moment donné de leur affection, [illegible].

[illegible] des lobes sphénoïdaux pourrait peut-être expliquer aussi les troubles observés parfois du côté de l'ouïe et de l'odorat.

On ne sait du reste pas encore de quelle nature est la lésion de l'hypophyse ; s'il s'agit d'une simple hypertrophie du tissu de cette glande, ou s'il s'agit d'un processus dégénératif. Tout ce qu'on peut dire, c'est que le corps pituitaire étant composé d'une partie nerveuse et d'une partie glandulaire, c'est sur cette dernière que porterait plus particulièrement l'hypertrophie.

Un autre fait anatomo-pathologique très important est celui qui est relatif aux os longs. Chez les adolescents, l'augmentation se fait, non seulement en épaisseur, mais aussi en longueur; à un âge plus avancé, après l'achèvement complet de la croissance, l'augmentation s'opère presque exclusivement dans le sens de l'épaisseur.

On a trouvé encore d'autres altérations chez les acromégaliques, et Henrot (de Reims) notamment, a constaté dans une autopsie, l'hypertrophie des ganglions du grand sympathique et de tous les nerfs qui le constituent. Son malade avait de l'exorbitisme, un nez très gros, des lèvres volumineuses, une langue large et épaisse, un prognathisme accentué, une hypertrophie phénoménale des mains et des pieds, de sorte que le diagnostic d'acromégalie n'est pas douteux. Il est toutefois regrettable que nous ne connaissions pas la taille du sujet, d'autant plus que l'acromégalie a dans ce cas débuté à l'âge de 15 ans. Il eût fallu aussi, pour apprécier la nature de l'hypertrophie des ganglions du grand sympathique, un examen microscopique détaillé. Dans tous les cas, le fait mérite confirmation et jusqu'à présent, étant unique, on ne peut guère le prendre pour base d'une théorie.

Dans le système vasculaire, il y a lieu de noter la fréquence des lésions cardiaques et des veines qui sont parfois très dilatées.

Je vous ai parlé déjà des altérations qui peuvent atteindre le corps thyroïde et de la persistance du thymus, je n'y reviendrai pas.

A titre de simple curiosité, je vous rappellerai qu'on a trouvé la glande pinéale doublée de volume, mais je ne connais pas la valeur de ce symptôme.

Il nous reste à envisager l'ensemble de tous ces faits, à rechercher la pathogénie de cette affection, et à voir s'il s'agit là d'une entité morbide, comme le veut P. Marie, ou s'il s'agit simplement d'un complexus symptomatique, comme l'avance Lancereaux. Mais, auparavant, je dois vous dire quelques mots à propos du *diagnostic*.

On ne confondra pas l'acromégalie avec le myxœdème. Si, à la dernière période, l'acromégalique offre souvent le tableau d'une cachexie plus ou moins profonde, avec épaississement de la peau, les déformations spéciales dont il est atteint, le prognathisme, l'hypertrophie des extrémités qui comprend non seulement les parties molles, mais surtout le squelette, ne permettent aucune confusion. Je n'insiste pas.

Le *diagnostic* est plus délicat avec l'ostéite déformante de Paget; cette maladie est encore mystérieuse au point de vue de sa pathogénie. Les os longs des membres, ceux du tronc et de la tête, augmentent considérablement de volume, puis s'incurvent en donnant au malade un aspect tout à fait spécial; les fémurs et les tibias se courbent fortement en avant, les jambes s'écartent, et, par suite de l'épaississement du rachis et de sa courbure, le tronc et le cou sont inclinés en avant. Une autre particularité intéressante, c'est que cette affection se développe d'une façon asymétrique ; elle envahit d'abord un tibia ou un fémur, tandis que l'os symétrique ne deviendra malade que plus tard, s'il le devient. A la dernière période, les malades ne peuvent plus marcher, tellement leurs jambes sont déformées ; leurs membres supérieurs et leur rachis s'incurvent à leur tour, et ils sont réduits jusqu'à leur mort, à une immobilité complète, avec des phénomènes cachectiques ; quelquefois, ils succombent à un cancer.

On voit, par cette courte description, la différence qui existe entre cette affection et l'acromégalie. Il n'y est nullement question, ni du prognathisme, ni de l'hypertrophie des petits os; il ne s'agit dans la maladie de Paget que des os longs. Certes, c'est là une différence énorme, mais elle n'est pas telle qu'en l'absence de toute notion sur la pathogénie de cette affection, on puisse affirmer qu'il n'y ait aucune parenté, aucun lien pathogénique entre elle et l'acromégalie.

Une autre affection mérite, d'après Marie, d'être complètement séparée de l'acromégalie. C'est l'ostéo-arthropathie déformante pneumique. Peut-être cet auteur est-il allé trop loin, lorsqu'il a dit qu'elle n'avait rien de commun avec l'acromégalie; à en juger d'après la photographie que nous trouvons reproduite dans le travail de Souza-Leite, on ne peut pas ne pas être frappé de certains traits communs. Chez le malade atteint d'ostéo-arthropathie déformante pneumique, la cyphose est dorsale inférieure; chez lui, les poignets, les mains, les malléoles et les pieds, tout en étant aussi gros, sont un peu plus déformés que chez l'acromégalique, les ongles sont petits, dans un cas, larges, allongés, recourbés, striés et incisés dans l'autre, mais vraiment il n'y a pas là une différence si radicale, qu'on puisse éloigner à coup sûr toute idée de parenté entre les deux affections.

On a dit que le signe différentiel le plus important est du côté du maxillaire inférieur : chez l'acromégalique, il existe du prognathisme qu'on n'observe pas chez le malade atteint de l'ostéo-arthropathie déformante pneumique. Mais de ce que le prognathisme est un des caractères essentiels de l'acromégalie, est-il permis, en cas d'absence de ce signe, de conclure à la non-existence de l'affection elle-même? Est-ce qu'il n'est pas démontré que dans les affections les mieux établies au point de vue nosologique, des caractères essentiels peuvent manquer? Par exemple, dans la maladie de Basedow, est-ce qu'un important symptôme, tel que l'exophtalmie ou l'hypertrophie thyroïdienne elle-même, ne peuvent pas manquer? Je ne voudrais pas affirmer que P. Marie a eu tort de séparer complètement l'acromégalie de l'ostéo-arthropathie déformante pneumique, mais je dois dire que la distinction qu'il a établie ne m'a pas absolument convaincu. Je vois bien les différences symptomatiques, elles sont indéniables; mais je ne vois pas aussi sûrement les différences pathogéniques.

Tout ce que l'on peut dire, c'est que le tableau clinique de l'ostéo-arthropathie, tel qu'il a été décrit par Marie, ne répond pas à la description qui a été faite de l'acromégalie, mais rien n'empêche de voir, entre ces deux affections, la même parenté qu'on retrouve entre un type schématique et les variétés qui s'y rattachent.

Nous avons à aborder maintenant le côté le plus délicat de la question. Vous savez qu'un grand nombre de théories ont été proposées pour expliquer la *pathogénie* de l'acromégalie. La première en date est la théorie des germes vasculaires ou la théorie thymique de Klebs.

Frappé par ce fait que le thymus présentait chez son malade un développement considérable, cet auteur a été amené à considérer l'acromégalie comme la consé-

quence du développement, considérablement exagéré, du système vasculaire. Il suppose, en effet, qu'il existe dans les vaisseaux du thymus un endothélium spécial qui se détacherait des parois, serait entraîné par le sang et irait former des sortes d'embolies ; ces endothéliums migrateurs formeraient des angioblastes qui deviendraient le point de départ de nouveaux vaisseaux. Klebs a été conduit ainsi à considérer l'acromégalie comme une angiomatose, consécutive à la reviviscence du thymus. Mais deux objections importantes peuvent être faites à cette théorie. La première, c'est que dans un grand nombre de cas d'acromégalie, on n'observe pas la réapparition du thymus. La seconde, c'est qu'on peut observer la réapparition de cette glande vasculaire sans qu'il y ait de symptômes d'acromégalie. C'est ainsi que dans la maladie de Basedow on voit fréquemment le thymus réapparaître, et même acquérir dans certains cas des dimensions considérables, sans que les malades offrent le moindre signe acromégalique. Pour ces motifs la théorie thymique ne me paraît pas soutenable.

Une autre théorie, à laquelle j'ai déjà fait allusion, est celle de l'inversion dans l'évolution de la vie génitale. Elle a été proposée par Freund et adoptée par Verstraeten et Harry Campbell. D'après ces auteurs, l'acromégalie consisterait dans une anomalie du développement qui débuterait dès l'époque de la deuxième dentition et serait surtout accusée à l'époque de la puberté, la fonction génitale se trouverait éveillée chez les acromégaliques d'une façon précoce et s'éteindrait de bonne heure, alors que, par une véritable déviation de l'activité génésique, se développeraient les symptômes d'hypertrophie caractéristiques de l'acromégalie.

Cette théorie se trouve réfutée par les faits d'observation. Le plus souvent, en effet, l'affection qui nous occupe, débute après la puberté ou chez des individus dont les fonctions génitales ont été jusque-là normales. D'ailleurs, le cas que je vous ai signalé vient également infirmer la théorie de Freund.

Je ne m'attarderai pas non plus à réfuter la théorie de la régression vers le type anthropoïde, soutenue par Verstraeten et par Harry Campbell; l'acromégalique ne serait autre chose qu'un homme qui, en vertu de la loi de l'atavisme, reviendrait au type anthropoïde. Il y a peut-être ici une certaine ressemblance extérieure ; l'acromégalique a le dos voûté, les bras sont souvent démesurément allongés, et la grande envergure est plus longue que celle d'un individu ordinaire. Cela peut donner à l'acromégalique l'apparence d'un grand gorille, mais ce n'est là que la simple constatation d'une ressemblance extérieure, d'ailleurs discutable et insuffisante, pour faire accepter la prétendue régression atavique.

Dreschfeld, en discutant la pathologie de cette affection, d'abord à la *Société médicale de Manchester*, en 1893, et plus tard, en janvier 1894 (1), écarte toutes les théories énoncées jusqu'ici, et soutient qu'on doit rattacher tous les troubles à une dystrophie d'origine nerveuse comme on le fait pour les ostéo-arthropathies, du tabes et de la syringomyélie. Cette théorie a séduit Lancereaux qui, dans une récente clinique faite à l'Hôtel-Dieu, s'est prononcé en sa faveur, en disant que tous les phénomènes observés chez sa malade, depuis la migraine jusqu'à l'acromégalie, sont l'effet d'un trouble du système nerveux, de la grande névrose vaso-trophique, c'est-à-dire de l'herpétisme ; mais je ne crois pas que ce soit là ce qu'a voulu dire Dreschfeld.

(1) Brit. Med. Journal

La théorie de la trophonévrose, dans les affections telles que le tabes ou la syringomyélie, est parfaitement compréhensible, puisque, dans ces deux maladies, il existe une lésion de la moelle épinière à laquelle les fonctions trophiques sont intimement liées. Mais, pour l'admettre dans l'acromégalie, il faudrait que l'on pût s'appuyer sur des autopsies dans lesquelles on aurait constaté, comme dans le tabes et la syringomyélie, des lésions incontestables de la moelle. Malheureusement jusqu'à ce jour, les faits de ce genre manquent, soit que les lésions médullaires fassent réellement défaut, soit qu'elles aient été insuffisamment recherchées ; des recherches ultérieures nous renseigneront certainement sur ce point (1).

P. Marie, du moins jusqu'à présent, paraît plus près de la vérité, quand il rattache l'acromégalie à la lésion du corps pituitaire. Cette glande vasculaire sanguine aurait une action déterminante sur la croissance des extrémités, et son rôle serait analogue à celui du corps thyroïde, dont l'influence sur le développement est aujourd'hui très nettement établie; et, de même que l'hypertrophie du corps thyroïde donne lieu à la maladie de Basedow, celle de la glande pituitaire donnerait naissance à l'acromégalie.

Je sais bien qu'on a fait à cette doctrine de nombreuses objections. M. Dercum (2), notamment, a publié, en 1893, plusieurs exemples, dans lesquels la glande pituitaire, examinée à l'autopsie, n'était pas hypertrophiée; de même, cette glande a été trouvée normale dans les neuf cas rapportés par Puttnam (3). On se trouve donc en présence, d'une part, de cas très nets où le corps pituitaire est augmenté de volume, et d'autre part, de quelques cas, une douzaine peut-être, où la glande pituitaire ne présente pas d'hypertrophie. Ces derniers faits ne peuvent cependant pas détruire la théorie. Nous n'avons qu'à transporter le débat et considérer ce qui se passe pour le corps thyroïde. J'ai soutenu et je soutiens encore que cette glande est toujours altérée dans la maladie de Basedow ; mais il n'est pas nécessaire pour cela qu'elle ait acquis un volume considérable. A l'état normal, d'après M. Sappey, son poids peut varier de 5 à 20 grammes. Mettons qu'il est de 20 grammes.

Il est impossible d'apprécier chez un malade, par la palpation, le volume et la consistance d'une glande thyroïde d'un si petit volume. Même si elle est doublée de volume, vous ne le constaterez pas par la palpation, et pourtant une glande thyroïde pesant 40 grammes au lieu de 20 présente déjà une altération considérable. Or, ce sont les cas où il a été impossible d'apprécier l'augmentation de volume de cette glande par la palpation, qui ont fait dire que l'hypertrophie de la glande thyroïde pouvait faire défaut dans la maladie de Basedow ; on a eu grandement tort, parce que dans tous ces cas, le corps thyroïde était hypertrophié et lésé. D'ailleurs, la simple constatation de la non hypertrophie du corps thyroïde ne suffit point. Il faudrait encore s'assurer de son état histologique, et chaque

(1) La malade qui fut montrée dans cette leçon a succombé quelques mois après, et à l'autopsie nous avons trouvé des lésions multiples de la moelle, dont la plus accusée est la sclérose des cordons latéraux dans les régions cervicale et dorsale. Nous nous réservons de publier l'observation *in extenso*.

(2) Dercum. — *The Amer. Journ. of the ment. Sc.*, mars 1893, page 268.

(3) Puttnam. — *Association Améric. de Neurologie*, 25 juillet 1893.

[illegible] dans la maladie de Basedow, on [illegible] toujours [illegible] des altérations.

Eh bien ! si nous transportons ces considérations à l'acromégalie, nous voyons également dans [illegible] de cas, le [illegible] au goitre, avec un corps pituitaire considérablement hypertrophié, les autres sans hypertrophie notable de cette glande vasculaire sanguine. Mais que l'on examine tous ces corps pituitaires histologiquement, et on les trouvera très probablement tous lésés, surtout si l'on a soin de ne pas se contenter d'une seule coupe pour affirmer l'absence de lésions. De même en effet, que dans la maladie de Basedow, le corps thyroïde peut présenter certains points lésés avec des intervalles de tissu sain, de même la lésion histologique peut avoir une disposition analogue dans la glande pituitaire d'un acromégalique.

Vous m'entendez souvent comparer l'acromégalie à la maladie de Basedow. Il y a là une analogie sur laquelle je tiens à insister. Dans la maladie de Basedow, il n'est pas rare d'observer la reviviscence du thymus. Or, vous savez que cette reviviscence a été notée également dans l'acromégalie. D'un autre côté, il existe des observations d'acromégalie que je vous ai déjà mentionnées, dans lesquelles on note l'augmentation du volume du corps thyroïde. Toutes ces glandes vasculaires sanguines, le corps thyroïde, le thymus, la pituitaire se prêtent évidemment un mutuel appui : lorsque, par exemple, la pituitaire est en jeu, la glande thyroïde entre aussi en action, et quand ces deux glandes présentent une activité exagérée, on observe la reviviscence du thymus. Il est difficile de ne pas voir dans l'activité, pour ainsi dire synergique de ces différentes glandes, une preuve en faveur de la théorie pituitaire de l'acromégalie.

En faveur de cette théorie, il faut encore citer le fait suivant avancé par P. Marie : que le corps pituitaire exerce sur le développement de l'organisme une influence semblable à celle du corps thyroïde. Le rôle de ce dernier dans le développement est aujourd'hui démontré. Lancereaux a publié à ce sujet une observation intéressante. Nous-même (1), dès 1891, nous avons montré à la Salpêtrière une malade, âgée de 23 ans, de petite taille, avec des membres grêles comme ceux d'un enfant, une tête asymétrique, une double déviation de la colonne vertébrale, dans le sens antéro-postérieur. Au point de vue psychique, cette malade présentait une intelligence affaiblie avec incapacité de faire la plus simple opération arithmétique, affaiblissement très marqué de la mémoire et [illegible] très marquée du caractère. Pour compléter le tableau, ajoutons qu'elle [illegible] difficilement, par soubresauts, les [illegible], que la parole était [illegible], que la sensibilité [illegible] offrait des anesthésies partielles et temporaires et que les réflexes tendineux [illegible]. Toute cette série de troubles d'origine cérébrale et [illegible] [illegible] de la [illegible] de la malade, [illegible] et qui commença à se développer au moment de la [illegible] la menstruation, à l'âge de douze ans. Jusque-là [illegible] dans la santé de l'enfant n'avait attiré l'attention [illegible] symptômes que je viens d'énumérer sont graduellement apparus [illegible]. Le rôle du corps thyroïde dans les troubles du développement physique et psychique [illegible] dans ce cas avec évidence.

[illegible], qui a [illegible] les observations d'acromé-

(1) [illegible]. — [illegible], [illegible] 1891.

galiques [illegible] et que l'on [illegible] des troubles dans la croissance et [illegible] modifications de l'état psychique, quand d'un autre côté, à l'autopsie, on constate une lésion [illegible] du corps pituitaire, on est amené tout naturellement à attribuer à cette glande un rôle analogue à celui qu'a le corps thyroïde dans le développement et [illegible] de l'organisme.

Ce qui vient bien à l'appui de cette [illegible], c'est la concomitance de l'acromégalie et du gigantisme sur laquelle j'insiste après Marie, Dana, Woods Hutchinson, Byrom Bramwell, [illegible] et enfin [illegible] et Meige. Je dois vous rappeler la remarque [illegible] faite par Dana : sur douze autopsies d'acromégaliques géants, il a trouvé dix fois le corps pituitaire hypertrophié. L'action de cette glande au moment de la croissance porterait surtout sur l'accroissement des membres, sur l'allongement des os. Tant que les cartilages épiphysaires qui fournissent la substance [illegible] existent, les membres s'allongent. Puis, quand ces cartilages disparaissent, c'est-à-dire après l'arrêt de la croissance normale, il se produit, non plus un allongement, mais seulement un épaississement des extrémités des os longs. On voit que l'acromégalie et le gigantisme seraient dus à la même cause, ce serait la même maladie ; ce qui les différentierait, ce serait l'âge auquel l'affection fait son apparition : le gigantisme [illegible] tant avant l'époque de la croissance, l'acromégalie après cette époque.

En somme cette théorie du corps pituitaire [illegible] l'acromégalie et du gigantisme la même maladie paraît rationnelle et peut se résumer de [illegible].

Le corps pituitaire a des fonctions que nous ne connaissons pas, mais certains faits pathologiques semblent indiquer qu'il joue un rôle dans la nutrition en général et en particulier dans celle des systèmes osseux, musculaire et vasculaire. C'est [illegible] du corps pituitaire qui règle chez l'individu les proportions entre la nutrition et la dénutrition, entre les apports nutritifs et les déchets de façon à maintenir un état d'équilibre [illegible] tionnaire des systèmes osseux [illegible] chez l'adulte et un état d'équilibre avec développement des mêmes systèmes chez l'adolescent. [illegible] d'un état congestif ou inflammatoire, [illegible] glande soit [illegible], le développement des systèmes osseux et musculaire se fera plus [illegible] et de la sorte l'adolescent deviendra un géant et l'adulte un acromégalique.

Peut-être peut-on pousser plus loin encore cette hypothèse pathogénique et dire que les altérations de la pituitaire [illegible], ou [illegible], [illegible] tion de la fonction de cette glande et qu'alors il se produit une cachexie spéciale [illegible] la cachexie strumiprive que l'on observe quand les altérations du corps thyroïde ont détruit complètement sa partie glandulaire.

Quoi qu'il en soit [illegible] l'acromégalie et le gigantisme semble [illegible] le rapport [illegible] comme fondamental dans le développement de [illegible].

Je serai bref, et pour cause, sur le traitement de l'acromégalie. [illegible] le traitement par l'extrait de corps pituitaire, mais [illegible] à temps les [illegible] pour [illegible]. En revanche, j'ai essayé le traitement par le corps thyroïde administré par la voie [illegible].

Du [illegible] au [illegible] décembre, la malade [illegible] chaque jour 1, 2, 3 et 4 [illegible] de corps [illegible]

[illegible] jours après le début de ce traitement, s'est [illegible] accompagnée d'une [illegible] de l'extrémité céphalique, puis il est survenu du tremblement : il ne manquait pour compléter le tableau d'une maladie de [illegible] que l'exophtalmie et le goitre. Le poids de la malade qui [illegible], était de [illegible] kilog. 200 grammes, [illegible] kilog. En présence de [illegible] l'aggravation du malade et [illegible], j'ai [illegible] cessé le traitement [illegible] pour le pouls [illegible]. Quant au poids, il [illegible] en trois semaines au chiffre primitif. Mais nous n'avons obtenu aucune amélioration. Il [illegible] de même de tous les moyens que nous avons employés.

[illegible] qu'aucune médication ne peut jusqu'à présent être [illegible] non seulement comme spécifique mais même comme réellement utile [illegible]. Qu'il s'agisse du [illegible], du [illegible] de fer, des [illegible], de [illegible], du [illegible] de soude, des [illegible], aucun de ces médicaments n'a donné de résultats [illegible] qu'on doive recommander son emploi.

L'[illegible] elle-même ne paraît avoir aucune influence [illegible]. Mais c'est [illegible] [illegible] de tout moyen d'action sur la marche de la maladie. Il ne reste plus que la [illegible] symptomatique et à [illegible] les symptômes les plus pénibles, tels que [illegible].

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Erreurs anatomiques des Artistes.

On va répétant que les Artistes sont chargés, en [illegible], de reproduire la Nature. J'accepte leur rôle « d'embellisseurs » et cela avec grand plaisir : personne, plus que moi, ne s'intéresse à ces efforts. Mais, pour la reproduction de la Nature, je commence à [illegible], du moins pour la nouvelle Ecole !

J'ai [illegible] sur un certain nombre d'arguments : je ne [illegible] aujourd'hui que l'un d'eux, ayant trait à [illegible] à la mode et à l'anatomie. Je [illegible] plus d'intérêt que ces messieurs, quand ils abordent [illegible] corps humain, ont [illegible] la prétention d'avoir un modèle vivant sous les yeux. Ils prétendent qu'ils reproduisent fidèlement ce qu'ils voient [illegible] de conclure [illegible]. C'est peut-être pour cette raison que [illegible]. Au demeurant, [illegible] que, pour être réellement [illegible] M. de la Palisse n'aurait pas mieux trouvé — [illegible] de la [illegible] classique... [illegible] soit par [illegible], soit par le [illegible], soit par le [illegible] plus que par le modèle lui-même ?

[illegible] à notre [illegible], qui s'[illegible] de reproduire, à l'aide de la photographie, les [illegible] par des [illegible] avec la collaboration des plus [illegible] l'artiste [illegible] du dessinateur, qui exécute un dessin sur un modèle. Dans ce cas, en effet, l'éditeur rebâtit le modèle avec un dessin ou plutôt une aquarelle.

Prenons le n° 1 de cette revue (15 décembre 1897) ; puis, d'une part, le [illegible], d'autre part, l'interprétation de cette affiche. Comparons, sur l'affiche, le diamètre du tour de taille avec la largeur des épaules : nous obtenons le rapport [illegible] pour l'interprétation, le rapport est de [illegible], ce qui prouve que l'artiste, sur l'affiche, a exagéré la petitesse du tour de taille dans la proportion d'un quart. Son œuvre *personnelle* y est donc, *grosso modo*, d'un quart environ. Pour le diamètre du cou, au niveau de [illegible], comparé à la largeur des épaules, l'artiste s'est basé sur le rapport de 1/4, alors qu'il est en réalité de [illegible] ; là encore il a exagéré la *petitesse* du cou. Mêmes constatations sur les autres affiches et en particulier sur les dessins de Mars, d'Henriot, etc., qui foisonnent dans les revues illustrées et dans tous les journaux de mode actuels.

Que conclure, sinon que nous prenons là le dessinateur la main dans le sac ! Nous découvrons de la sorte le procédé qu'il lui faut employer pour donner du « chic » à ses académies ; pour les transformer en Parisiennes très fin de siècle : pour altérer la Nature dans le sens artistique « *nouveau jeu* ». Je ne crois pas, en effet, que les anciens artistes, — la vieille Ecole —, aient opéré de la sorte ; mais, sur ce point, je n'affirme rien, n'ayant pas eu l'occasion de me livrer à une enquête suffisante.

Aujourd'hui, pour obtenir plus de [illegible] et plus de dégagé, *on exagère les lignes [illegible] et atténue notablement les saillies*. On trompe le client sur la nature de la femme, et la femme elle-même arrive à se tromper sur son propre compte [illegible]... On ne voit plus de [illegible] et [illegible], fermement campés, qui font tant de plaisir au [illegible] Witowski, de ces bassins larges [illegible] ! Aussi bien, lorsque l'on compare ces affiches et ces dessins aux photographies, trouve-t-on [illegible] énormes, élargies, empâtées [illegible].

La femme moderne est « dans un sac », conformément à l'expression courante. Tout est donc comme l'esprit public. Si j'étais philosophe, j'ajouterais que c'est probablement là un signe de [illegible], le caractéristique des dégénérés [illegible]. Mais je n'ose [illegible] pas, de peur de me faire échauffer !

Marcel [illegible].

[illegible]

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 février. — PRÉSIDENCE DE M. BOURQUELOT.

M. [illegible] rapporte une observation d'*hémiatrophie squelettique* chez une syringomyélique qu'il a observée assez longtemps pour voir cette atrophie se produire sous ses yeux.

M. DESGREZ a recherché quels étaient les *agents de la production du mucus dans les cultures de bacilles*; et il a constaté que ces agents étaient extrêmement toxiques, car les injections filtrées de cultures contenant du mucus sont plus actives que les autres.

M. ROGER a fait l'*ablation du grand épiploon* chez les animaux, pour rechercher ensuite si cet organe jouait, comme le foie, un rôle dans la destruction des poisons et il a constaté que les animaux réséqués du grand épiploon présentaient une résistance très diminuée vis-à-vis du staphylocoque doré.

M. WEISS a reproduit artificiellement *les dispositions que présente la myéline* en s'écoulant des tubes nerveux électrisés, en mélangeant des solutions salées et gélatinées et montre qu'il s'agit là d'un phénomène de polarisation.

M. DARIER dépose une note de M. ZACHARIADÈS sur *le développement du tissu conjonctif*. D'après l'auteur, ce seraient des prolongements ramifiés de cellules aponévrotiques qui se transformeraient en fibrilles conjonctives. Les crêtes d'empreinte des cellules tendineuses pourraient également donner naissance à des fibrilles en même temps que la cellule s'atrophie jusqu'à disparaître. Au début, les fibrilles sont encore entourées de cytoplasma que l'on retrouve en nodules isolés et qui finit par disparaître.

M. MATHIAS-DUVAL présente la thèse de M. DEYBER sur l'*amœboïsme des centres nerveux*.

MM. PILLIET et BOULART décrivent l'*estomac à poches multiples* d'un singe, le Semnopithèque, qui est une esquisse de l'estomac composé des ruminants. Cette variété de singes est la seule qui présente un estomac à poches multiples.

M. [illegible] dépose une note sur *la vitalité du pneumocoque dans le sérum du lapin*, et il établit que cette vitalité dépend surtout de deux facteurs, la vitalité du pneumocoque et l'âge du lapin, qui résiste d'autant mieux qu'il est plus âgé.

MM. CUNEO et VEAU ont étudié le *mode de développement des aponévroses périvésicales* en général et de l'aponévrose ombilico-prévésicale en particulier. L'étude de coupes d'embryons de six semaines à quatre mois leur a montré que la vessie était primitivement réunie à la paroi abdominale antérieure par un mince méso. Cette disposition n'est que transitoire. Le péritoine prévésical disparait par *coalescence* de son feuillet viscéral et de son feuillet pariétal; et l'aponévrose est le résultat de cette coalescence. L'aponévrose prostato-péritonéale se forme par un processus analogue et résulte de la fusion des deux feuillets du cul-de-sac de Douglas primitif. En un mot il se passe au niveau du péritoine péri-vésical un processus analogue à celui qu'a décrit Toldt pour les mésos primitifs des colons.

Prix Ernest Godard (1.000 francs). — Le prix Ernest Godard sera décerné à la fin de l'année 1898. Les mémoires doivent être envoyés, avant le 15 octobre 1898, au secrétaire général, 15, rue de l'École-de-Médecine. Suivant la volonté du testateur, le prix sera donné au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie.

A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 février 1898.

Saignée, vomitifs et vésicatoires.

M. FERRAND montre que les moyens de défense de la peau et en particulier la phagocytose excitée précisément par la révulsion mettent à l'abri de la plupart des accidents cutanés attribués au vésicatoire. Il croit que ce puissant moyen thérapeutique doit survivre et survivra.

L'acétate de thallium dans les sueurs nocturnes des phtisiques.

M. COMBEMALE (de Lille) a obtenu de très bons résultats en donnant le soir une seule pilule de 0 gr. 10 centigr. d'acétate de thallium contre les sueurs des phtisiques et des cachectiques. Le médicament ne sera pas donné plus de quatre jours de suite. Il sera donné une heure environ avant l'apparition présumée des sueurs. Entre chaque période d'administration, on laissera huit jours de repos, les effets antisudoraux étant très durables. L'alopécie brusque est le principal accident observé après l'administration trop intensive du thallium. Cet effet doit être surveillé.

Maladie kystique du testicule.

M. BERGER fait un rapport sur un cas de maladie kystique du testicule observée par M. KIRMISSON chez un enfant d'un an. Ce cas est remarquable : 1° par l'absence de récidive deux ans après la castration ; 2° par les caractères histologiques qui établissent peut-être une transition entre la tumeur kystique et le cancer du testicule.

Élections.

Liste des classements des candidats à la place vacante de correspondant national dans la 2e division (chirurgie : 1re ligne : M. Follet (de Lille) ; 2e ligne : M. Hache (de Beyrouth) ; 3e ligne : M. Heidenreich (de Nancy) ; 4e ligne : M. Auffret (de Brest) ; 5e ligne : M. Crivelli (de Melbourne ; 6e ligne : M. Poncet (de Cluny).

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 février 1898. — PRÉSIDENCE DE M. SEVESTRE.

Hydroparotidite.

M. P. CLAISSE présente un malade qui, depuis un an, offre des tuméfactions subites de la parotide gauche durant les repas avec distension du canal de Sténon qui, au cathétérisme, laisse constater un rétrécissement scléreux. M. Claisse compare ce cas à la parotidite saturnine où le plomb ne jouerait qu'un rôle prédisposant.

Diabète fruste sans glycosurie.

MM. ACHARD et WEILL pensent qu'avant l'apparition de la glycosurie le diabète peut donner lieu à des symptômes. Par la glycosurie alimentaire, on peut se rendre compte de la capacité du foie à retenir le sucre. Pour se rendre compte de cette même faculté dans les autres tissus, on peut avoir recours à l'injection sous-cutanée d'une solution contenant 10 grammes de sucre. Chez le diabétique, cette injection augmente la glycosurie; dans le diabète fruste, elle la fait apparaître; chez l'homme sain, cette épreuve ne donne pas de résultats. Les auteurs citent cinq cas où ils ont pu vérifier cette insuffisance glycolytique des tissus en général.

Neurofibromatose.

M. THIBIERGE présente une malade atteinte de taches pigmentaires comme dans la neurofibromatose avec des troubles de dépression nerveuse et psychique et de la dyspepsie hyperacide. L'urobiline se trouve dans le sang et les urines de la malade. Il n'y a point de tumeurs sur les troncs, ni sur les rameaux nerveux.

M. ROQUES présente un homme atteint d'*hémoglobinurie paroxystique* survenant sous l'influence du froid.

MM. RENDU et HALLÉ signalent à la Société un cas d'insuffisance aortique aiguë par *rupture du tendon d'une valvule*.

J. NOIR.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 février 1898. — PRÉSIDENCE DE M. BERGER.

Suite de la discussion sur le traitement des abcès du foie.

M. WALTHER montre combien le diagnostic de ce genre d'abcès est difficile. Le clinicien a le droit d'hésiter lorsque l'abcès est en formation ou même collectionné au début. L'auteur cite à l'appui de son affirmation les observations suivantes. D'abord celle d'un malade qui avait fait un séjour en Siam, avec accidents dysentériques; de retour en France, il paraissait guéri lorsqu'il fut pris subitement de douleur intense dans l'hypocondre droit; il fut soigné pour de la congestion hépatique. L'état général s'aggrava et des vomissements incoercibles se produisirent. Alors M. Walther intervint, fit l'ouverture transpleurale et draina un abcès hépatique. La guérison suivit. Dans une seconde observation, il s'agit d'une négresse qui portait une tumeur à l'hypocondre : l'auteur hésita entre un kyste hydatique et un abcès du foie. Enfin, chez un autre malade, âgé de 49 ans, qui fut déjà atteint précédemment de coliques hépatiques, il se produisit de nouvelles crises douloureuses et l'élimination de calculs biliaires. Malgré cette élimination, les douleurs ne diminuèrent pas et l'état général s'aggrava. On constata à droite des symptômes de pleurésie purulente. Le chirurgien fit la résection de la neuvième côte et il trouva le diaphragme soulevé par une tumeur qu'il ouvrit largement. Un flot de pus s'écoula et on dut encore ouvrir dans le foie une poche purulente de moindre importance. Le malade guérit. Il y a d'autres faits où on trouve le foie augmenté de volume avec des phénomènes généraux, mais sans rien de précis. Parfois on peut faire une série de ponctions et ne rien trouver, bien qu'il y ait un abcès énorme. Au point de vue étiologique, l'auteur signale seulement ce fait curieux d'un abcès du foie avec streptocoques développé à la suite d'une plaie du doigt.

M. GÉRARD-MARCHAND a lui-même constaté les difficultés que présente le diagnostic; il cite le cas d'un malade observé par lui et dont le foie présentait une voussure exagérée. M. Gérard-Marchand fit une laparotomie latérale et explora le foie. Il était augmenté de volume, rouge; l'auteur explora à gauche ; mais, à cause de l'incision latérale, cette exploration fut insuffisante; il referma la plaie. Le malade mourut quatre semaines après l'opération et, à l'autopsie, on trouva un abcès énorme dans le lobe gauche. Aussi faut-il toujours, dans les cas douteux, faire une laparotomie franche, médiane et très large et ne pas hésiter à pratiquer des ponctions.

M. BAZY lit ensuite une communication envoyée par M. DUBRANDY (de Lille) et relative à la *ponction hypogastrique avec drainage sus-pubien* chez un prostatique. Il s'agit ici d'un malade de 76 ans, qui, en 1893, vint consulter M. Dubrandy qui pratiqua la ponction avec le gros trocart courbe et introduisit une sonde par la canule du trocart. Pendant quatre ans et dix mois, ce malade a conservé un tube hypogastrique et il a succombé à une [illegible] cérébrale.

M. REYNIER préfère l'uréthrotomie externe au cysto-drainage.

M. REYNIER lit ensuite une communication sur le résultat d'expériences concernant *la suture après section de l'urètre et du cholédoque* chez le chien.

M. GÉRARD-MARCHAND présente un malade atteint d'*[illegible] tuberculeuse* traitée et guérie par les injections de chlorure de zinc.

Séance du 16 février 1898. — PRÉSIDENCE DE M. BERGER.

M. KIRMISSON fait un rapport sur une observation adressée par M. J.-L. FAURE et relative à une *double ostéotomie pour [illegible] consécutive.* Après ostéotomie [illegible] du tibia et linéaire du péroné, M. Faure dut, pour remédier au valgus qui s'est produit par contracture des péroniers latéraux, faire une ténotomie puis dédoublement et suture des tendons de façon à obtenir un allongement des [illegible] des péroniers. M. Faure n'a pas fait une [illegible]. Par l'ostéotomie au-dessus du [illegible], on n'agit pas sur la déformation elle-même, on redresse la jambe, il est vrai, mais par une situation de compensation. Dans la fracture de Dupuytren, c'est au niveau de l'articulation tibio-tarsienne que siège la déformation, souvent très considérable. Il y a un [illegible] du plateau tibial, qui forme un fragment intermédiaire qui va se placer entre le tibia et le péroné, [illegible], et forme un obstacle invincible à la réduction. Ce sont ces lésions qui persistent après l'ostéotomie au-dessus de la lésion. C'est ce qui est survenu dans le cas de M. Faure, et le malade a continué à marcher mal. L'auteur est donc d'avis qu'à l'ostéotomie double il faut préférer la résection du plateau tibial. Il l'a pratiquée huit fois; le résultat fonctionnel en est meilleur que celui de l'ostéotomie. Pour ce qui concerne l'autoplastie tendineuse linéaire, l'auteur pense qu'après dédoublement d'un large tendon, comme le tendon d'Achille, on peut encore obtenir un résultat satisfaisant; mais le sphacèle serait peut-être à craindre, lorsqu'il s'agit de tendons aussi minces que ceux des péroniers.

M. REYNIER pense que l'on peut obtenir un certain résultat, mais non parfait, par l'ostéotomie non articulaire. L'auteur a pratiqué pour des fractures non consolidées différentes résections, mais dans les cas seulement où il avait jugé l'ostéotomie insuffisante

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, de son côté, pense que si la résection ne donne pas des résultats tout à fait satisfaisants, c'est qu'on ne la fait pas assez large. Il faut que le pied soit sur la jambe absolument ballant et puisse se replacer exactement comme on le désire pour que le membre soit utile.

M. SCHWARTZ se range à l'avis de M. Reynier. L'axe du pied doit passer par l'axe de la jambe; mais il faut tenir compte des raideurs articulaires qui peuvent jouer un rôle important dans le résultat fonctionnel de l'intervention.

M. HAGOPOFF lit un *mémoire sur l'instrumentation pour la gastrostomie et la gastro-anastomose.*

ÉLECTIONS. — Élection de M. GUINARD, comme membre titulaire, par 28 voix sur 34 votants. Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 23 février 1898. — PRÉSIDENCE DE M. POUCHET.

Scarification du psoriasis et de l'eczéma.

M. JACQUET n'est, dit-il, peut-être pas le premier qui ait scarifié le psoriasis et l'eczéma; mais il l'a appliqué systématiquement. En scarifiant dans deux cas des plaques de psoriasis, il a obtenu la guérison totale sans nodules, ni cicatrices. Chez ces deux malades les lésions de psoriasis n'avaient pas de tendance à l'extension. Pour l'eczéma, M. Jacquet a appliqué les scarifications dans des cas limités et lorsque d'autres traitements avaient échoué. Il a traité onze cas d'eczéma limité de types divers. Après application de cataplasmes de fécule de pommes de terre sans aucun mélange antiseptique, cataplasmes que l'opérateur enlève lui-même, il pratique des scarifications qu'il fait saigner, il lave avec de l'eau bouillie, puis applique de nouveaux cataplasmes qu'il laisse durant trois jours jusqu'à une nouvelle scarification. Les scarifications ne sont pas douloureuses. Six à douze séances amènent la guérison.

Pathogénie du lymphatisme.

M. JEAN CAMESCASSE attribue le lymphatisme à un état morbide provoqué par une staphylococcie de la peau dans les premières époques de la vie; cette infection empêcherait l'évolution du réseau lymphatique cutané et déterminerait l'état que l'on qualifie du nom de lymphatisme.

Note sur le traitement du lymphatisme.

M. [illegible], avec M. Gallois admet que le lymphatisme est une prédisposition à la [illegible], comme le premier stade de celle-ci, qui garde son caractère propre tant que le malade n'a pas versé dans la tuberculose. Il admet aussi que les végétations adénoïdes sont une des conditions et [illegible] la cause occasionnelle du lymphatisme, de la scrofule, ou, pour mieux dire de cet état général que, avec de nombreux [illegible] de l'étranger, il appellerait plus volontiers du [illegible]. Mais il n'ira pas jusqu'à faire de ces végétations [illegible] quemment occasion et porte d'entrée d'infections morbides

diverses, la première et la principale lésion de la scrofule, et moins encore la scrofule elle-même. Gagné depuis longtemps à cette idée et à ce fait, que bactéries et bacilles prennent une large part au développement de beaucoup de maladies, convaincu aussi que les microbes pathogènes ne se développent bien que sur un terrain rendu propice, il accepte que lymphatisme et scrofule s'expliquent par la faible vitalité des sujets dans leur jeune âge, que les scrofuleux sont des enfants ayant des phagocytes trop faibles dans la lutte contre les microbes, comme l'a savamment démontré le Dr Mestchnikoff, et il ne lui répugne pas, pour sa part, à expliquer l'extrême précocité des adénoïdes chez certains nouveau-nés par une infection prématurée; car s'il y a chez ces adénoïdiens une prédisposition héréditaire, il peut y avoir eu, à la rigueur, une infection intra-utérine due à un coccus quelconque.

Cependant, il est loin de faire du lymphatisme une affection microbienne, et, étant donnée la fréquence considérable que nous montre le Dr P. Gallois des végétations adénoïdes chez les lymphatiques, il comprend qu'une ventilation pulmonaire insuffisante par suite de l'obstruction des voies respiratoires supérieures amène un état général grave, comme le font une dyspepsie, un estomac dilaté, ou une intoxication. Il admet enfin que l'introduction de cet élément nouveau, — pharyngopathie, — dans l'étiologie de la scrofule et du lymphatisme apporte des indications nouvelles pour le traitement, et, médecin hydrologue, il demande à faire ressortir la part que doivent avoir les eaux minérales dans ce traitement.

Les eaux minérales, en effet, répondent parfaitement aux quatre indications primordiales spécifiées par notre distingué collègue; elles permettent de traiter: 1° l'affection naso-pharyngée; 2° l'état lymphatique; 3° de prévoir les infections secondaires, et 4° de prévenir et de traiter les causes prédisposantes banales qui, amoindrissant la résistance du sujet, en font un être plus sensible aux causes d'infection.

Pour qui voudra en avoir une démonstration convaincante, il suffira de lire l'instructive leçon consacrée, par le professeur d'hydrologie de Toulouse, le Dr Garrigou, au lymphatisme, à la scrofule et à leur traitement thermal dans la deuxième partie de son savant ouvrage intitulé : *Synthèse hydrologique* (p. 350). Voici résumées en quelques lignes, les opinions de ce maître à ce sujet. « C'est, on peut le dire sans exagération, avec la scrofule et le lymphatisme que les eaux imposent leur puissance d'action comme supérieure à celle de tout autre médicament, de toute autre thérapeutique. Aussi nous ne pouvons, à l'exemple du Dr P. Gallois, qu'exprimer notre stupéfaction aux sujets des théories soutenues dans l'article *Scrofule* du *Dictionnaire de Médecine et Chirurgie pratiques*, relativement au traitement des affections qui s'y rattachent.

Ces théories, dont le Dr P. Gallois me paraît être trop exclusivement inspiré quand, dans les deux seules lignes accordées au traitement hydrobalnéaire du lymphatisme, il écrit : « Une cure dans une station thermale chlorurée peut être considérée comme succédané du séjour à la mer », ces théories se réduisent à attribuer « au grand air, à une atmosphère pure, le principal bénéfice qu'on peut tirer de ces cures », à affirmer que « les brises de mer répondent mieux encore aux principales indications des affections strumeuses ».

Tout serait-il donc chimère, comme le dit M. P. Garrigou, dans la littérature balnéothérapique? Et après avoir démontré, par des observations typiques, la puissance d'action des eaux sulfurées ou chlorurées, il conclut : « Chez les enfants en jeune âge, les eaux sulfurées triomphent souvent du lymphatisme et de l'anémie, et les ganglions engorgés se résorbent avec rapidité. La chloro-anémie est elle-même, en général, dissipée par suite de l'excitation de l'appétit et des fonctions digestives. Nous nous sommes toujours très bien trouvé pour les enfants de faire faire, après une saison aux eaux sulfurées, un séjour prolongé au bord de la mer, en l'accompagnant de quelques bains de mer courts et à l'eau tranquille. Chez les adultes, chez les jeunes filles surtout, les eaux sulfurées déterminent rapidement l'apparition des règles, et les accidents ganglionnaires cèdent facilement alors au double traitement sulfuré et chloruré. »

Autrefois les eaux sulfurées jouissaient de la réputation de guérir la scrofule, et c'était surtout à elles qu'on s'adressait pour cela. On n'avait pas tort. Et cependant, dans l'immense majorité des cas, le traitement sulfureux est un traitement de courte durée. Presque chaque malade ne lui consacre que quelques semaines. Il faut donc que les eaux sulfurées agissent sur l'organisme d'une manière bien active pour entraîner de semblables résultats; sous leur influence, les fonctions générales sont excitées, l'activité de la circulation capillaire ravive profondément les tissus et ranime les organes languissants; les échanges de la nutrition tendent à redevenir physiologiques. Peu à peu le système lymphatique qui dominait l'organisme cède sa place au système sanguin, les globules rouges tendent à remplacer les globules blancs. Si cette médication était continuée pendant des mois et des années, avec les précautions voulues, elle entraînerait sûrement des modifications profondes, des changements complets dans les tempéraments lymphatiques. Mais la médication anti-scrofuleuse par les eaux ne peut être que la médication des familles favorisées par la fortune. Aussi le Dr Garrigou a-t-il eu l'idée d'établir de grands centres de traitement hydrobalnéaire hivernal, projet dont il a longuement exposé les plans. En attendant, il préconise pour les enfants scrofuleux le traitement classique du bord de la mer.

En s'adressant alors, comme le conseille le Dr F. Garrigou, à la médication sulfurée, avec les sujets sortis des asiles de la scrofule, surtout avec ceux qui n'ont pas laissé au rivage béni tous les désagréments de la strume, on peut être témoin de résultats vraiment incroyables. Des résorptions, qu'on n'aurait pu jamais obtenir avec un autre traitement, s'opèrent, et des tumeurs vouées aux soins de la chirurgie se fondent et disparaissent. Dans les cas moins heureux, si l'anémie n'a pas cédé avec la scrofule au séjour dans l'atmosphère maritime, la médication sulfurée, aidée par les indications de la métalloscopie, complète l'œuvre. Et l'on peut même se rendre compte que l'eau métallifère employée contre l'anémie a une heureuse influence sur les résorptions qui n'avaient pu s'opérer.

Les *Traités généraux* de médecine nous montreraient la part que peuvent réclamer les eaux minérales dans la cure du lymphatisme. S'appuyant sur son expérience personnelle et sur les données fournies par le Dr Constantin Paul, le Dr A. Josias écrit que pour les lymphatiques, autant que possible il faut rechercher l'air marin où l'air de la montagne, ce dernier surtout pour les nerveux. Dans la cure du lymphatisme, le traitement hydro-minéral joue un grand rôle : contre les affections cutanées on devra conseiller les eaux chlorurées sodiques et la mer. Certaines eaux sulfureuse seront aussi très utiles dans ces cas, et notre ancien président n'en cite pas moins de seize. D'une façon générale, continue-t-il, les eaux chlorurées sodiques, salines, et surtout les eaux sulfurées sont très utiles pour modifier la constitution scrofuleuse et les scrofules muqueuses (parmi lesquelles il fait figurer les angines granuleuses, l'hypertrophie des amygdales, les *tumeurs adénoïdes du pharynx*, les catarrhes naso-pharyngiens et pharyngo-auriculaires.

Contre l'affection naso-pharyngée, la boisson d'une eau sulfureuse ou même d'une eau salée remplacera sans peine la solution du Lugol employée à l'intérieur. Des gargarismes, des aspirations et des irrigations nasales viendront renforcer localement ses effets intérieurs.

Pour traiter l'état lymphatique, ses troubles dyspeptiques, ou la toxi-infection, en plus du séjour au grand air, en pleine lumière, à la campagne ou au bord de la mer, que le Dr P. Gallois recommande avec raison, l'usage *intus et extra* d'une eau chlorurée sodique, d'une eau sulfureuse, qui toutes sont plus ou moins arsenicales, vaudra celui de la liqueur de Fowler, de l'iode ou du tannin. Comme prophylaxie des accidents infectieux, l'asepsie des fosses nasales ne sera pas mieux obtenue avec les pommades, pulvérisations, irrigations et gargarismes indiqués par notre collègue que par les gargarismes, irrigations ou pulvérisations si convenablement installés dans la plupart de nos stations françaises! Et il doute que comme action fortifiante, comme action préventive d'une grippe ou de tout autre accident auxquels les lymphatiques sont si facilement exposés, aucun traitement soit supérieur à une cure hydro-minérale bien dirigée et suffisamment prolongée. On

pourrait-on mieux faire prendre à un enfant lymphatique les soins de propreté, les lotions antiseptiques, les bains et les douches conseillés à si bon droit? Si les eaux minérales, les chlorurées et les sulfureuses plus particulièrement, peuvent, comme il croit l'avoir montré, guérir la scrofule, état pour ainsi dire définitif du lymphatique, à plus forte raison agiront-elles de même contre le lymphatisme, qui n'est qu'une simple prédisposition à la scrofule, ou tout au plus son début. A elles seules elles peuvent suffire à écarter les germes morbides, fermer les portes d'entrée, et accroître la résistance du sujet, toutes indications qui résument fort bien, comme l'a écrit le Dr P. Gallois, le traitement du lymphatisme. J. NOIR.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 17 février 1898. — PRÉSIDENCE DE M. LUTAUD.

Revaccinations dans les écoles communales du VIIe arrondissement pendant l'année 1897.

M. TOLEDANO conclut ainsi. Depuis qu'on a introduit dans les écoles l'obligation de la revaccination, on voit le nombre des succès diminuer tous les ans. La proportion des succès est toujours plus élevée chez les filles et elle se montre plus forte chez les enfants des deux sexes n'ayant pas atteint leur dixième année. Il est donc nécessaire de revacciner les enfants âgés de moins de dix ans.

Traumatismes du coude. Utilité de la radiographie.

M. BILHAUT insiste d'abord sur la difficulté que présentent souvent au point de vue du diagnostic les traumatismes du coude et cite plusieurs observations. Il faut d'abord faire l'examen radioscopique, puis recourir à la radiographie, surtout chez les très jeunes sujets dont les cartilages très faciles à traverser ne se trouvent suffisamment indiqués que par le dernier mode d'exporation.

M. Bilhaut put, grâce aux rayons X, en pratiquant une arthrotomie et des résections osseuses partielles, remédier dans une certaine limite aux suites néfastes de l'intervention brutale et irraisonnée d'un empirique de Sens sur une fillette atteinte d'un traumatisme du coude.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveau procédé pour la cure radicale de la hernie inguinale; par LAGUAITE (A.). — Extr. *Lyon médical*, 1897, 25 juillet.

D'après M. Laguaite, la cure radicale des hernies doit remplir deux indications principales : 1° Supprimer le sac et effacer toute dépression péritonéale en regard de l'orifice interne du trajet herniaire; 2° reconstituer la paroi affaiblie de l'abdomen. Ces deux indications peuvent être remplies d'une façon parfaitement efficace en attaquant la hernie par une incision abdominale faite au niveau de l'orifice interne du sac, incision qui, en amenant directement sur l'infundibulum péritonéal et permettant de le sectionner entre deux ligatures, supprime toute dépression abdominale; il faut toutefois procéder comme temps préliminaire à l'ouverture du sac herniaire dans la région scrotale. En somme, voici comment l'auteur règle les différents temps de l'opération : 1° Ouverture du sac; 2° ouverture de la paroi abdominale; 3° isolement et ligature de l'infundibulum péritonéal au-dessus du collet du sac; 4° Suture de l'incision abdominale et oblitération de l'orifice interne du trajet herniaire; enfin 5° drainage du sac herniaire.

Gynécologie clinique et opératoire; par SCHMELTZ (de Nice). — Paris, 1897, Soc. d'Ed. scient., in-8°, 150 p., 84.

Livre clair, écrit sans prétention, renfermant des figures nettes, de bons schémas, se bornant à classer, d'une façon concise, les instruments, les principales méthodes opératoires. L'ouvrage est divisé en quatre chapitres : 1° topographie des organes pelviens; 2° examen gynécologique; 3° maladies des organes génitaux de la femme; et enfin 4° vices de conformation des organes génitaux. Le praticien y trouvera des renseignements précis et la description des procédés les plus nouveaux.

La gynécologie fait les progrès les plus rapides et ceux qui, comme M. Schmeltz, essaient de la mettre à la portée de tous, « tirent de leur propre expérience des conclusions déjà vécues », ne peuvent manquer de faire œuvre utile.

VARIA

Faculté des Sciences de Paris.

Second semestre.

Les cours s'ouvriront à la Sorbonne le mardi 1er mars 1898.

Mécanique physique et expérimentale, les lundis et jeudis, à 8 h. 3/4. — M. G. KŒNIGS, professeur, continuera ce cours le jeudi 3 mars. Il traitera de l'etude des machines.

Physique, les mardis et samedis, à 2 heures. — M. LIPPMANN, professeur, ouvrira ce cours le mardi 1er mars. Il traitera de l'acoustique et de l'optique.

Chimie organique, les mercredis et vendredis, à 10 h. 1/2. — M. FRIEDEL, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 2 mars. Il traitera principalement des composés de la série aromatique.

Minéralogie, les lundis et jeudis, à 1 heure. — M. HAUTEFEUILLE, professeur, ouvrira ce cours le jeudi 3 mars. Il traitera de la cristallographie. Il étudiera les principales espèces minérales.

Zoologie, anatomie et physiologie comparées, les mardis, à 3 h. 1/2, et les jeudis, à 4 h. 1/2. — M. Y. DELAGE, professeur, ouvrira ce cours le mardi 1er mars. Il traitera, les jeudis, des vertébrés et, les mardis, des brachiopodes, hémicordés, céphalocordés et cœlentérés inférieurs. M. HÉROUARD, chef des travaux pratiques, fera, dans le laboratoire, le jeudi, à midi et demi, des conférences sur les sujets relatifs aux examens du certificat d'études supérieures de zoologie, suivies, de 1 heure à 3 heures, de manipulations sur les mêmes sujets.

Physiologie, les lundis, à cinq heures, et les mercredis, à 10 heures. — M. DASTRE, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 2 mars. Il traitera des fonctions de relation. Les expériences qui ne trouveront point place dans la leçon seront reproduites dans les conférences qui auront lieu chaque mardi, de 1 heure à 3 heures.

Géologie, les mercredis et vendredis, à 2 heures. — M. MUNIER-CHALMAS, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 2 mars. Il traitera de l'histoire générale des terrains métamorphiques et des terrains primaires.

Cours annexes.

Physique générale, les jeudis, à 4 heures. — M. PELLAT, professeur adjoint, chargé du cours, continuera ce cours le jeudi 3 mars. Il traitera de l'électricité atmosphérique, de la capillarité et de l'electro-capillarité.

Chimie analytique, les mercredis, à 3 h. 3/4. — M. RIBAN, maître de conférences, chargé du cours, continuera ce cours le mercredi 2 mars. Il continuera l'étude du dosage et de la séparation des métaux.

Histologie, les lundis, à 4 heures. — M. J. CHATIN, professeur adjoint, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 7 mars. Dans la première partie, il exposera les principes généraux de la technique; dans la seconde partie, il étudiera les tissus au point de vue de l'histologie zoologique.

Conférences.

Les étudiants ne sont admis à suivre les conférences qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

Sciences physiques. — M. LEDUC, maître de conférences, fera, les mercredis et vendredis, à 2 heures, des interrogations aux candidats au certificat de physique générale, sur les matières du cours de physique. Il traitera en outre les questions indiquées par le professeur. Il fera, les jeudis, à 10 h. 1/4, une conférence aux candidats à l'agrégation (exercices pratiques). Les manipulations auront lieu, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, de 8 h. 1/2 à 11 heures. — M. PELLAT, professeur adjoint, fera une conférence de physique, les lundis à 4 heures. Les conférences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis à 8 h. 1/2. — M. MATIGNON, maître de conférences, continuera l'étude des métaux (première partie du cours), les mardis et samedis, à 10 h. 1/2. Les conférences d'agrégation auront lieu les lundis et jeudis, à 5 heures. — M. BEHAL, maître de conférences, fera, les mardis et samedis, à 4 h. 1/2, des conférences de chimie organique. Il fera l'étude particulière des combinaisons acycliques et de la série grasse. — M. RIBAN, maître de conférences, fera une

[illegible]

M. Ch. Vélain, [illegible]

M. J. [illegible]

[illegible]

M. Henri Robert [illegible]

[illegible] 1 h. 1/2.

l'exécution de [illegible] de 2e année, [illegible] et vendredis aux mêmes heures.

[illegible]

La Faculté délivrera [illegible] physique.

Les registres [illegible] de la Faculté, les quinze premiers jours du mois de [illegible] et les quinze [illegible] jours du [illegible].

Le Docteur Laporte en appel

On se souvient de la retentissante [illegible] du Dr Laporte, dont la condamnation sévère pour [illegible] motif à de nombreuses polémiques. [illegible] punissait effectivement de trois [illegible] coupable d'imprudence et d'insuccès.

[illegible] le Dr Laporte fait appel de [illegible]. Son affaire est venue hier, 25 février, à [illegible] présidée par M. [illegible]. M. Henri Robert défendra le Dr Laporte et les débats seront, paraît-il, intéressants et [illegible], car le corps médical tout entier a, depuis sa condamnation, [illegible] ce confrère puni et a, pour [illegible] son affaire en appel.

Le Dr La[porte], en effet, [illegible] nouvelles discussions effrayantes, [illegible] la Cour d'appel. Il a cédé cependant [illegible] du président de la Société [illegible] qui, on se le rappelle, prit sa défense [illegible] de son arrestation et le reçut chez lui [illegible] de M. Ber[illegible], avec l'aide du Syndicat des médecins, sa mise en liberté.

Il n'est pas possible [illegible]

[illegible]

Conseil de l'Université de Paris.

Le Conseil de l'Université de Paris s'est réuni [illegible] la présidence de M. Gréard, vice-recteur. [illegible] résultats des élections [illegible]

[illegible] MM. [illegible] Fournel, [illegible]

dies des femmes et chirurgie abdominale ; Gaube : minéralogie biologique; Petit : stomatologie; clinique et thérapeutique.

Le Conseil a clos sa séance par l'examen et le vote du budget des Facultés et de l'Université pour l'exercice 1898.

Bureau. — Le conseil est ainsi constitué pour 1898 : MM. Gréard, vice-recteur, président; Planchon, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie, vice-président; Lavisse, professeur à la Faculté des lettres, secrétaire. — Membres pour la Faculté de Médecine : MM. Brouardel, doyen, Lannelongue et Potain, professeurs à la Faculté de Médecine. MM. Milne-Edwards et Moissan, professeurs à l'Ecole supérieure de pharmacie, représentant cette Ecole.

Facultés de Médecine.

Concours d'Agrégation de Médecine de 1898.

Viennent d'être reçus au Concours d'agrégation de médecine et médecine légale, cette année :

Paris : MM. les Dr Teissier, Thiroloix, Vaquez, Dupré et Méry.

Lille : MM. Carrière et Deléarde.

Lyon : MM. Pic et Paviot.

Bordeaux : M. Hobbs.

Montpellier : MM. Raymond et Vires.

Toulouse : M. Frenkel.

Nous adressons toutes nos félicitations aux nouveaux élus.

Hôpitaux de Paris.

Concours de l'Internat de 1898.

Voici la liste des internes nommés au concours de 1898 :

I. — Internes titulaires. — 1. Guillain, Lœper, Poulain, Guéniot, Girard (Joseph), Pagniez, Durand-Viel, Duval, Petit, Bourgeois (H.).

11. Bonnet, Langlet, Desjardins, Géraudel, Léo, Boricand, Roche (Louis), Toupart, Brécy, Pestenmalgoglie.

21. Jeannin, Sikora, Chifoliau, Loubet, Ferrand, Esmonet, Lejonne, Auffret, Gouraud, Mousseaux.

31. Blondin, Neveu, Deschamps, Monod, Babonneix, Maubert, Stanculeanu, Tesson, Croisier, Gauchery.

41. Guisez, Milhiet, Bernier (Henri), Lacapère, Le Sourd (Louis), Péronelle, Lippmann, Ribière, Chauveau, Alglave.

51. Janot, Herscher, Degorce (Armand), Lamouroux, Sicard, Kendirdjy, Geraud, Judet, Labbé, Leroy.

61. Mauté, Bisch, Quiserne, Levesque, Heitz, Cathelin.

II. — Internes provisoires. — 1. Lévy (Jules), Prat, Elias, Weill (Georges), Silhol, Tourlet, Le Sourd (François), Huguier, Morichau, Beauchêne, Cathala.

11. Audistère, Coudert (Emile), Gimbal, Katz, Balthazard, Pedebidou, Bosvieux, Guibal, Meuriot, Lefas.

21. Weill (Benjamin), Robert, Du Pasquier, Roché, Pamard, Léri, Grenet, Sabatié, Laubey. Nollet.

31. Kahn, Armand Delille, Gauckler, Dambrin, Godineau, Daniel, Gougis, Follet (René), Nicaise, Gennet.

41. Tardif, Bertrand (Max), Mircouche, Chevalier (Paul), Gosne, Mlle Pariselle, Moret (Louis), Chevrey, Voisin (Henri), Saint-Cène.

51. Bentz, Girod, Legros (Gaston), Detot, Chapotin, Lance, Sebilleau.

Neuvième Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes.

Le neuvième Congrès annuel des Médecins aliénistes et neurologistes français et des pays de langue française s'ouvrira à Angers, le lundi 1er août 1898, sous la présidence de M. le Dr Motet, membre de l'Académie de Médecine. Le programme comprendra :

1° Questions mises à l'ordre du jour : Pathologie mentale : *Les troubles psychiques post-opératoires.* Rapporteur : M. le Dr Rayneau, médecin en chef de l'Asile d'Orléans. — Pathologie nerveuse : *Du rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux.* Rapporteur : M. le Dr Sabrazès, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux. — Médecine légale : *Les délires transitoires au point de vue médico-légal.* Rapporteur : M. le Dr Vallon, médecin en chef de l'Asile de Villejuif (Seine).

2° Lectures, présentations, travaux divers; — 3° Visite de l'Asile d'aliénés de Maine-et-Loire; — 4° Assemblée générale de l'Union des Aliénistes français; — 5° Excursions; — 6° Impression et distribution des travaux du Congrès.

Prix de la cotisation : 20 fr. — Adresser, dès maintenant, les adhésions, les cotisations et toutes communications au Secrétaire général du Congrès, M. le Dr Petrucci, Directeur Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire, près Angers (Maine-et-Loire.)

Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie.

Le deuxième Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie tiendra sa prochaine session à Marseille, du 8 au 15 octobre 1898, sous la présidence des professeurs : Pinard, président général et pour la section d'obstétrique, Pozzi, pour la section de gynécologie, et Broca, pour la section de pédiatrie. La liste des questions mises à l'ordre du jour sera incessamment publiée. Le prix de la cotisation est de 20 francs par membre, elle donne droit à la participation aux travaux, aux fêtes, aux excursions et au vote du Congrès, et à la distribution gratuite des volumes contenant les rapports sur les questions proposées et toutes les communications faites au Congrès. Les dames, les étudiants en médecine et les personnes, non docteurs en médecine, qui s'intéressent aux sciences médicales, peuvent être admis au Congrès, moyennant une cotisation de 10 francs; ces membres associés ont les mêmes prérogatives que les membres titulaires, sauf le droit de vote. Toute demande de renseignements et tout envoi d'adhésion et de fonds peuvent être dès à présent adressés au secrétaire général du Congrès, 20, rue Grignan, M. le Dr Queirel.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 28. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Pinard, Marchand, Tuffier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Kirmisson, Lejars. — (2e *série*) : MM. Segond, Delbet, Sébileau. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Déjerine, Gaucher.

Mardi 1er. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Le Dentu, Bar, Albarran. — (2e *série*) : MM. Berger, Campenon, Maygrier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Guyon, Panas, Nélaton. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Debove, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Hutinel, Chantemesse, Achard.

Mercredi 2. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Tuffier, Ricard. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Tillaux, Walther, Bonnaire. — (2e *série*) : MM. Segond, Humbert, Varnier. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Netter, Gilles de la Tourette.

Jeudi 3. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Hartmann, Thiéry. — 4e *de Doctorat* : MM. Dieulafoy, Pouchet, Thoinot.

Vendredi 4. — 2e Définitif d'officiat : MM. Marchand, Letulle, Widal. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Tillaux, Delbet, Broca. — (2e *série*) : MM. Humbert, Lejars, Sébileau. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Déjerine, Gilles de la Tourette. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

Samedi 5. — Médecine opératoire : MM. Campenon, Nélaton, Albarran. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Raymond, Marie, Achard. — (2e *série*) : MM. Chantemesse, Ballet, Marfan. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Gilbert, Roger. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Panas, Bar, Maygrier.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Jeudi 3. — M. Verronneau. Les logements [illegible]. — M. Robin. Contribution à l'étude clinique de l'[illegible] rénale. — M. Kuss. De l'hérédité parasitaire de la tuberculose humaine. — M. Delage. De la chorée gravidique. — M. [illegible]. De l'influence de la rougeole sur la reviviscence et l'aggravation des infections antérieures. — M. Carnot (P.). Recherches expérimentales et cliniques sur les pancréatites. — M. Poret. Des fibromes de la trompe utérine. — M. Bonnemaison. Des accouchements rapides et non surveillés, et de leurs complications. — M. [illegible]. Contribution à l'étude de la paraplégie spasmodique familiale. — M. Colomby. Recherches sur le traitement de la rétention du placenta dans l'avortement.

Enseignement médical libre.

Institut Psycho-Physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts. *Cours et Conférences du semestre d'hiver* 1897-1898. — Jeudi 3 mars, à 5 h., M. le Dr Max Nordau : *La paralysie générale : signes précoces et formes frustes de la paralysie générale.* —

Jeudi 10 mars, à 5 heures, M. le Dr BÉRILLON : *La psychologie de la vision et l'évolution de la fonction visuelle* (démonstrations des Rayons de Rœntgen, par le Dr Dagincourt). — Jeudi 17 mars, à 5 heures, M. le Dr Henry LEMESLE : *Les aliénés criminels.* — La plupart des conférences seront accompagnées de présentations de malades, de démonstrations cliniques de psychothérapie, de démonstrations expérimentales et de présentations d'appareils.

FORMULES

XI. — Sirop composé contre la toux gastrique et le hoquet incoercibles (M. A. ROBIN).

Cyanure de potassium	0 gr. 05 centig.
Sirop de morphine	àâ 75 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger. .	

Mêlez. — A prendre : une cuillerée à café toutes les heures, sans dépasser le tiers de la potion dans les vingt-quatre heures.

XII — Solution pour hâter l'accroissement des cheveux. (DIETRICH).

Chlorhydrate de quinine.	4 grammes
Tannin.	10 —
Alcool à 60°.	880 —
Teinture de cantharides	10 —
Glycérine pure.	60 —
Eau de Cologne.	40 —
Vanilline..	0 gr. 10 centigr.
Bois pulvérisé de santal.	0 gr. 05 —

M. S. A. — Usage externe.

Laisser reposer quatre ou cinq jours et filtrer. En frictions tous les deux jours sur le cuir chevelu. (*Gaz. des Hôp.*, 13 janv.).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 13 au samedi 19 février 1898, les naissances ont été au nombre de 1.083, se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 366, illégitimes, 162. Total, 528. — *Sexe féminin* : légitimes, 378, illégitimes, 177. Total, 555

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2,424,705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 13 au samedi 19 février 1898, les décès ont été au nombre de 1.014, savoir : 504 hommes et 510 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 0. T. 2 — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0, — Rougeole : M. 11, F. 10, T. 21. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2, — Coqueluche : M. 0, F. 1, T. 1. — Diphtérie, Croup : M. 2, F. 8, T. 10 — Grippe : M. 7, F. 13, T. 20. — Phtisie pulmonaire : M. 115, F. 77, T. 192. — Méningite tuberculeuse : M. 14 F. 10 T. 24. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 7, T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 0 F. 4, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 29, T. 47 — Méningite simple : M. 17, F. 11, T. 28 — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 17, F. 26, T. 43 — Paralysie, M. 5, F. 6 T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 7, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 45, T. 73 — Bronchite aiguë : M. 10, F. 12, T. 22. — Bronchite chronique : M. 21, F. 17, T. 38 — Broncho-pneumonie : M 27, F. 29 T. 56. — Pneumonie : M. 37, F. 22, T. 59. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 20, F. 31, T. 51. — Gastro-entérite, biberon : M 8, F. 13 T. 21 — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 5, T. 7. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 1 T. 5 — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 8 F. 14, T. 22 — Sénilité : M. 10, F. 28, T. 38. — Suicides : M. 12, F. 6, T. 18 — Autres morts violentes : M. 10, F. 2, T. 12. — Autres causes de mort : M. 69, F. 71, T. 140. — Causes restées inconnues : M. 6, F 3, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 70, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26, illégitimes, 16 Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 14, illégitimes, 14. Total : 28.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. MOUSSOUS, agrégé des Facultés de Médecine, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Bordeaux, est nommé professeur de clinique médicale des maladies des enfants à cette Faculté.

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Il sera ouvert le mardi 22 mars 1898, à la Maison Nationale de Charenton à Saint-Maurice (Seine), un *Concours pour l'Internat* du dit établissement. On trouvera chez le concierge de la Faculté de Médecine et de la Maison Nationale, des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les Drs Bichon, conseiller général à Angers. Talmon, conseiller général à Céret (Pyrénées-Orientales). Cauchois, chef du service chirurgical à l'Hotel-Dieu, à Rouen. Chambard, à Lyon. Dodin, maire de Challans (Vendée). Durand, à Marseillan (Hérault). Duriau, président du conseil d'arrondissement de Dunkerque (Nord) Fleyssac, à Treignac (Corrèze). Gagey, conseiller général, maire de Pouilly-en-Auxois (Côte-d'Or). Godivier, conseiller général à Bouère (Mayenne). Labat, à Nérac (Lot-et-Garonne). Ladevèze, conseiller d'arrondissement, maire de Saint-Florent (Cher). Lebrun, inspecteur des écoles à Bar-sur-Aube (Aube). Maison, inspecteur des écoles au Vésinet (Seine-et-Oise). Ménard, à Nimes (Gard). Mordagne, inspecteur des écoles à Tourny (Eure). Pernet, inspecteur des enfants du premier âge à Rambervillers (Vosges) Picaud, maire de Nontron (Dordogne). Villard, à Verdun (Meuse). Bazin (de Corbeilles). Bertrand (de Neauphle-le-Château). Brou-de-Laurière (de Périgueux) Baudouin, médecin-major de 1re classe, médecin-chef de l'hôtel national des Invalides. Delorme, médecin principal de 1re classe, médecin-chef de l'hôpital militaire du camp de Châlons. Michel, médecin en chef de la marine.

Sont nommés *Officiers d'Académie* : MM. les Drs Ameline, inspecteur des écoles à Saint-James (Manche). Andt, membre du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Valenciennes (Nord). Baratier, à Jeugny (Aube). Barret, à Chabanais (Charente). Benoist, inspecteur départemental de l'Assistance publique à Vannes. Bernard, à Dinard (Ille-et-Vilaine). Besson, à Bourges (Cher). Bois, à St-Laurent-de-Chamousset (Rhône). Bolognest, au Mans. Bonnet, président du conseil d'arrondissement de Briançon (Hautes-Alpes). Boutier, à Loches (Indre-et-Loire). Bouvet, à Bordeaux. Braillon, à Nesle (Somme). Bréchot, à Versailles. Breillot, à Sourdeval (Manche). Brouillaud, à Bazac-sur-l'Isle (Dordogne). Brousse, à Saint-Etienne-au-Mont (Pas-de-Calais). Broussin, médecin de l'école normale d'institutrices, à Versailles. Brunet, à Ballancourt (Seine-et-Oise). Calbris, à Vassy (Calvados). Chaudron, à Eclaron (Haute-Marne). Chevalier, à Marseille. Chevelu, maire de Sathonay (Ain). Cossa, à Entrevaux (Basses-Alpes). Décrossas, maire Rozès (Haute-Vienne). Dejean, à Decize (Nièvre). Dieudé-Fauvel, à Sauveterre-la Lémance (Lot-et Garonne). Dop, président de la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse. Doyen, maire de La Fère (Aisne). Dresch, vice-consul d'Espagne, à Foix (Ariège). Eveillé, conseiller général, maire de Saint-Bonnet (Charente-Inférieure). Fabre, maire de Saint-Rome-de-Tarn (Aveyron). Faure-Miller, à Cannes (Alpes-Maritimes) Fayol, à Marseille. Felletin, maire d'Izou (Gironde). Ferran, à Saint-Michel (Gers). Fichot, à Jonzac (Charente-Inférieure). Gèghre, à Mascara (Oran). Giraud, à Forcalquier (Basses-Alpes). Giraud, à Marennes (Charente-Inférieure). Godfrin, à Clermont-en-Argonne (Meuse). Gomot, médecin des lycées de garçons et de jeunes filles et des écoles normales, à Guéret (Creuse). Gromolard, au Vésinet (Seine-et-Oise). Guillot, à Lizy (Seine-et-Marne). Guy, à Limours (Seine-et Oise). Hennecart, à Charleville (Ardennes). Josserand, médecin des hôpitaux, à Lyon. Juventin, à Nice. Lacq, conseiller d'arrondissement, à Nay (Basses-Pyrénées). Lafage, à Nogent-le-Roi (Eure-et-Loir). Lapierre, à Sedan (Ardennes). Larché, à Cornimont (Vosges). Lévy, à Nancy. Malabouche, à Gignac (Hérault). Manny (de), conseiller général, maire de Brossac (Charente). Martin, à Tarascon (Bouches-du-Rhône). Maunoury, chirurgien des hospices de Chartres. Ménard, conseiller municipal à Bacqueville (Seine-Inférieure). Michel, à l'Arbresle (Rhône). Molas, à Auch (Gers). Moreau, à Sens (Yonne). Nolé, directeur de l'asile d'aliénés du département de l'Allier, à Sainte-Catherine. Paulin, à Lunéville. Peloni, maire de Boukanéfis (Oran). Persillard, conseiller général, maire de Saint-Benoit-sur-Loire (Loiret). Philippon, à Huriel (Allier). Pichez, à la Rochelle (Charente-Inférieure). Pilleyre, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Prémontré (Aisne). Pissot, à Robert-Espagne (Meuse). Pouchin, membre du conseil central d'hygiène, à Rouen. Poulain, médecin de bord du *Maréchal-Bugeaud*, à Marseille. Poussié, au Chatelet (Seine-et-Marne). Puech, à Roquecourbe (Tarn). Raquet, conseiller municipal de Paimbœuf (Loire-Inférieure). Raoult, à Raon-l'Etape (Vosges). Reisser, à Oued-Fodda (Algérie). Rigail, à Carcassonne (Aude). Rosse, à Marseille. Roudaire, maire de Lapeyrouse (Puy-de-Dome) Rousseau, médecin de l'école normale de Parthenay (Deux-Sèvres). Sabourin, à Mirambeau (Charente-Inférieure). Saint-Martin, à Saint-Bréat (Haute Garonne). Sassier, médecin du collège de Chalon-sur-Saône (Saône et-Loire). Soulayrac, à Narbonne (Aude). Tessel, maire de Luc-sur-Mer (Calvados). Théron, maire de Capestang (Hérault). Timal, médecin du collège de Cambrai (Nord). Tournadre, médecin-inspecteur des écoles, à

Saint-Germain-Lembron (Puy-de-Dôme). Turriès, maire de Puimoisson (Basses-Alpes). Vialettes, à Montbazin (Hérault). Vincent, à Agon (Manche). Woolonghan, à Bordeaux (Gironde). Zuccarelli (Bastia). Bar, médecin principal de 2e classe, chef du service de santé à l'école polytechnique. Catteau, médecin principal de 2e classe, secrétaire du comité technique de santé. Ecot, médecin-major de 2e classe, chef du service de santé aux batteries alpines du 19e régiment d'artillerie. Ferron, médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé au 13e corps d'armée. Guillaume, médecin-major au 114e de ligne, à Parthenay (Deux-Sèvres). Tachard, médecin militaire.

Sont nommés *Chevaliers de la Légion d'honneur*, au titre étranger : M. Henri BASTARD, citoyen suisse, docteur en médecine de 1882. M. IVANICHEVITCH, sujet serbe, docteur en médecine de 1882. Délégué de la Serbie au Congrès d'hygiène de 1889.

RÉCOMPENSES. — Le Ministre de l'Intérieur a décerné une *médaille d'argent* à M. le Dr PELLEGRIN (de Villeneuve-de-Berg), en témoignage de dévouement dont il a fait preuve au cours de diverses épidémies. — Le Ministre de la Guerre vient d'accorder un *témoignage de satisfaction*, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à MM. les Drs Barrié (de Toulouse); Bourdon (de Méru); Chaudony (de Mézel); Couhard (de Lucenay-l'Evêque); Croquet (de Tergnier); Dantagnan (de Saint-André-de-Cubzac); Dollez (de Guise), Duvernoy (d'Audincourt); Godfrin (de Clermont-en-Argonne); Hondé (de Coulange-la-Vineuse); Houel (de Goderville); Lemarchand (de Messac); Maurin (du Luc); Poidevin (de Segré); Richard (de Riaillé); Rochefort (de Lassigny) et Susini (de Caldarello).

SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE. — Le XXVIIe Congrès de la Société allemande de Chirurgie siégera à Berlin du 13 au 16 avril.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — Questions posées à l'oral. — 14 février : *Racines rachidiennes. Causes symptômes et diagnostic de la chorée.* — 11 février : *Trompes utérines. Causes, signes et diagnostic des abcès du sein.*

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — *Concours pour une place d'oculiste adjoint.* — Une place d'oculiste adjoint des hôpitaux et hospices est mise au concours. Les épreuves commenceront le mardi 3 mai 1898, à huit heures du matin.

HÔPITAL DE BOMBAY. — L'hôpital de Bombay, où sont soignés les pestiférés, a été la proie d'un violent incendie. 12 malades européens et 84 indigènes ont pu être sauvés. Trois morts seulement. Deux infirmières européennes ont contracté la peste.

ASILE DES FILLES-MÈRES DE CHALON-SUR-SAONE. — On a inauguré cette semaine, sans apparat, l'Asile des filles-mères fondé à Chalon-sur-Saône, en vertu d'un legs important fait à l'Assistance publique pour cet objet par Mme Boucicaut.

LA MÉDECINE JUGÉE PAR DES DÉPUTÉS. — A la Chambre des députés, lors de la discussion du budget de l'agriculture, le chapitre des épizooties a été très longuement discuté. M. Denis, député des Landes, a demandé un supplément de deux millions pour indemniser les propriétaires d'animaux qu'on abat *sous prétexte de tuberculose*, parce que, dans la pensée de M. Denis, les vétérinaires sont disposés à voir de la tuberculose partout ! Le zèle de ces honorables praticiens lui inspire d'assez vives inquiétudes : « On invoquera, dit-il, les statistiques; *mais nous protestons contre les hommes de science* qui, sous prétexte de nous sauver la vie, nous rendent la vie intolérable. Je sais que je me heurte ici à des opinions généralement admises. Mais aujourd'hui, les *vétérinaires, comme les médecins, me paraissent devenir trop savants.* Je voudrais revoir ce bon vieux temps où les médecins, au lieu d'inventer des maladies aux noms retentissants et barbares, administraient simplement à leurs malades des purgatifs et du sirop de gomme. On a dit beaucoup de choses très scientifiques sur la *tuberculine.* Avant cette découverte, nos troupeaux [illegible] pas moins joyeux et dispos, par monts et vaux, et [illegible] pas que jamais la tuberculose ait gêné nos aïeux. » — [illegible] étonnera pas, après cela, de voir des députés et même [illegible] se faire [illegible] par des rebouteux. Pauvre humanité ! Et que le *Progrès* a de la peine à venir !

LE Dr GOIFFON ET PESTALOZZI. — De même que Pasteur, [illegible] eut son Pouchet, qui s'appelait Pestalozzi. Celui-ci, auteur d'une étonnante dissertation sur la présence réelle de Jonas dans [illegible] écrivait au médecin lyon-[illegible] monsieur, en voilà trop. Ne faisons [illegible] dans notre brillante imagination des insectes volants [illegible] à l'infini, dont les générations ne cessent jamais, [illegible] dans l'air, dans les marchandises et dans les corps [illegible] la plupart des médecins de l'époque d'applaudir à ces [illegible] les. C'est pourtant Goiffon qui avait raison. Pasteur l'a démontré expérimentalement. — Seulement, il avait raison trop tôt.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal : *La Tuberculose infantile*, dirigé par MM. les Drs L. Dercq et Georges Petit.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr RIGOLET, membre du syndicat des médecins de la Seine, médecin adjoint du dispensaire municipal et membre de la Société médicale du Xe arrondissement, mort dans sa quarante-troisième année, emporté subitement dans une crise cardio-aortique, consécutive à une polyarthrite rhumatismale d ancienne date. — M. le Dr CAROZE (de Fourmies). — M. le Dr SORNAS (de Châteaurenault). — M le Dr TELLIER (de Waterloo). — M. le Dr LEGOUET, médecin à Broons (Ille-et-Vilaine), reçu en 1837. — M. le Dr DUBOIS (de Limoges), reçu en 1855. — M. le Dr GENTY (d'Amiens). — M. le Dr DUCHENNE (de Sainte-Anne d'Auray). — M. le Dr LUND, professeur de chirurgie à l'Owens College (de Manchester). — M. le Dr Théophile PARVIN, professeur d'obstétrique et gynécologie au Jefferson medical College (Philadelphie). — Le très honorable sir James STANSFELD, membre du Conseil privé de la reine d'Angleterre, décédé à l'âge de 77 ans. Il avait été lord de l'amirauté, sous-secrétaire d'Etat pour les Indes, lord de la Trésorerie, *directeur de l'Assistance publique* et de l'Office du gouvernement local. — M. le Dr NICOLAS (de Neufchatel), professeur d'hygiène à Lausanne.

AVIS A NOS ABONNÉS

Ceux de nos abonnés qui ont égaré des numéros sont priés de nous les réclamer avant fin mars, en joignant leur bande.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — *Conférences cliniques sur les maladies nerveuses.* — M. le Dr BABINSKI, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques le samedi 5 mars 1898, à 10 h. 1/4 du matin et les continuera les samedis suivants à la même heure.

HÔPITAL BROCA, 111, rue Broca. — *Leçons cliniques de Gynécologie.* — M. le Dr S. POZZI, vendredi à 10 heures du matin. — Le mercredi, de 9 à 10 heures, démonstrations d'*Histologie pathologique* (Gynécologie), par le Dr LATTEUX, chef du laboratoire de l'hôpital Broca. Lundi et mercredi, à 10 h., opérations.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL TROUSSEAU. — M. KIRMISSON, leçons cliniques les mardis et samedis, à 10 heures.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses.* — M. le Pr RAYMOND : Mardi, présentation, examen des malades ; — Vendredi, leçon clinique de 10 à 11 heures. — M. le Dr DÉJERINE : leçons cliniques sur les maladies nerveuses, le jeudi, à 5 heures. Le mercredi matin, à 9 h. 1/4, examen des malades de la consultation externe. Le cours a lieu dans la salle de la consultation externe.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr BAZY, consultations pour les maladies des voies urinaires (reins, vessie, etc.), les mardis, jeudis et samedis à 9 h. 1/2. — M. HALLOPEAU. *Maladies cutanées et syphilitiques* salle des conférences, le dimanche, à 9 h. 1/2.

Le Rédacteur-Gérant, BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCC., RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T VII. N° 10. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 5 MARS 1898.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Statistique des opérations pratiquées à l'Hôpital Bichat *(Service des consultations et service hospitalier)* **pendant l'année 1897.**

par Felix TERRIER,
Chirurgien de l'Hôpital Bichat, Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Paris.

2e SÉRIE. — VIII : 1897.

A. CONSULTATIONS.

1° *Consultation chirurgicale externe.* — Le service des consultations de chirurgie de l'Hôpital Bichat a été assuré encore cette année par mon ancien interne, le Dr Maurice Péraire, dont les fonctions d'assistant expirent à la fin de l'année 1898. Il est assisté de deux externes, et heureusement aussi d'un certain nombre d'élèves bénévoles : sans quoi le service serait encore presque impossible, malgré la très notable diminution des consultants, due à une circonscription hospitalière nouvelle plus restreinte. Le tableau suivant en fait foi.

Janvier	779
Février	785
Mars	866
Avril	821
Mai	956
Juin	936
Juillet	855
Aout	951
Septembre	941
Octobre	865
Novembre	693
Decembre	630
Soit	10.078 consultants.

Voici la liste des opérations faites par M. le Dr Péraire, et qui sont au nombre de 727.

1° *Opérations pratiquées sur la tête et la face.* (178 opérations).

Papillome de la face. Ablation. Sutures.	2 opér.	2 guérisons.
Lupus de la face. Excision. Sutures	1 —	1 —
Plaie de la region frontale. Avivement. Sutures	4 —	4 —
Sutures, sans avivement	3 —	3 —
Abcès froid de la région frontale. Incision. Curettage. Drainage	2 —	2 —
Abcès froid de la région sourcilière. Incision Curettage. Drainage. Sutures	3 —	3 —
Lipome de la region du sourcil. Ablation. Sutures Drainage	1 —	1 —
Kyste dermoide de la queue du sourcil. Ablation. Sutures	1 —	1 —
Abcès froid de la région temporale. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Tuberculose cutanée de la joue. Incision. Curettage	2 —	2 —
Abcès froid de la joue. Incision. Curettage. Drainage	6 —	6 —
Kyste sébacé de la joue. Ablation. Sutures.	3 —	3 —
Kyste sébace suppuré de la joue. Incision. Curettage. Drainage	3 —	3 —
Plaie du cuir chevelu (région pariétale). Curettage des lambeaux. Avivement. Sutures Drainage, douze jours après l'accident	1 —	1 —
Plaie du cuir chevelu. Avivement. Sutures.	1 —	1 —
Loupes du cuir chevelu. Ablation Suture avec ou sans drainage	21 opér.	21 guérisons
Loupe ulcérée du cuir chevelu. Incision. Curettage	1 —	1 —
Papillome du cuir chevelu. Ablation. Sutures	1 —	1 —
Abcès froids du cuir chevelu. Incision. Curettage. Drainage	12 —	12 —
Hématome du cuir chevelu. Incision. Curettage. Drainage	2 —	2 —
Incision simple, compression	1 —	1 —
Abcès froid de la région temporo-maxillaire. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Kyste du maxillaire supérieur communiquant avec l'alvéole pré-molaire. Extirpation de chicots. Evacuation du kyste. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Kyste du sinus maxillaire droit. Extraction des molaires. Curettage. Drainage.	1 —	1 —
Furoncle de la lèvre supérieure. Incision. Curettage	1 —	1 —
Fistule alvéolo-dentaire. Débridement. Ablation d'un séquestre. Curettage.	1 —	1 —
Ostéo-périostite du maxillaire inférieur. Incision. Curettage. Drainage	3 —	3 —
Abcès froid de l'angle du maxillaire inférieur. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Ganglion pré-auriculaire. Ablation. Sutures	2 —	2 —
Adénite suppurée pré-auriculaire. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Plusieurs ganglions tuberculeux de la région parotidienne. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
Fistule salivaire (parotidienne)	1 —	1 —
Kyste sébacé du pavillon de l'oreille. Ablation. Sutures	1 —	1 —
Plaie de l'oreille. Avivement. Sutures	2 —	2 —
Papillome de l'oreille. Excision. Sutures.	1 —	1 —
Plaie du nez. Sutures	1 —	1 —
Epithelioma de l'aile du nez. Ablation. Sutures	1 —	1 —
Ablation. Sutures. Autoplastie	2 —	2 —
Acné hypertrophique du nez. Ablation. Curettage. Sutures	1 —	1 —
Anthrax des fosses nasales. Incision. Curettage	1 —	1 —
Kyste sébacé suppuré du dos du nez. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Furoncle de l'aile du nez. Incision. Curettage	1 —	1 —
Anthrax du sillon, naso-génien. Incision. Curettage	2 —	2 —
Abcès furonculeux du nez. Incision. Curettage. Drainage	2 —	2 —
Kyste sébacé de la racine du nez. Ablation. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Corps étrangers de la cornée. Ablation.	10 —	10 —
Abcès de la paupière supérieure. Incision. Drainage	3 —	3 —
Chalazion de la paupière supérieure. Ablation	1 —	1 —
Chalazion de la paupière inférieure. Ablation	1 —	1 —
Plaies de la région occipitale. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Phlegmon de la région occipitale. Incision. Drainage	1 —	1 —
Cicatrice chéloïdienne du menton. Ablation Sutures	1 —	1 —
Plaies du menton. Sutures	1 —	1 —
Papillomes du menton. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
— — Ablation par curettage. Thermo-cautérisation	1 —	1 —
Adénite sous-mentale suppurée. Incision. Curettage. Drainage	11 —	11 —
Excision de la peau. Sutures. Drainage.	2 —	2 —

Adéno-phlegmon sous-mental. Incision. Drainage	1 opér.	1 guérison.
Mastoïdite suppurée. Incision. Curettage. Drainage	2 —	2 —
Abcès froid de la région mastoïdienne. Incision. Curettage. Drainage	11 —	11 —
Tumeur de l'artère faciale? Ablation. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Adénites tuberculeuses sous-maxillaires suppurées. Incision. Curettage. Drainage	4 —	4 —
Ganglions sous-maxillaires tuberculeux non suppurés. Ablation. Sutures. Drainage.	3 —	3 —
Kyste sébacé de la région sous-maxillaire. Ablation. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Epulis du maxillaire supérieur. Ablation. Curettage	1 —	1 —
Ablation de la tumeur avec 2 incisives. Thermo-cautérisation	1 —	1 —
Abcès alvéolo-dentaire. Incision	5 —	5 —
Filet. Opération	7 —	7 —
Grenouillette sub-linguale. Résection de la muqueuse. Sutures. Drainage. (Malade perdu de vue.)	1 —	1 amélioration
Excision de la poche. Thermo-cautérisation. Drainage	2 opér.	2 guérisons.
Abcès du voile du palais. Incision	1 —	1 —

2° Opérations pratiquées sur le cou.
(92 opérations).

Plaie de la région sus-hyoïdienne. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Abcès froid de la nuque. Incision. Curettage. Drainage	10 —	10 —
Adénite cervicale rétro-mastoïdienne. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
Anthrax de la nuque. Excision. Curettage. Thermo-cautérisation	4 —	4 —
Phlegmon de la nuque. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Abcès furonculeux de la nuque. Incision. Curettage. Drainage	3 —	3 —
Furoncle de la nuque. Incision. Curettage.	2 —	2 —
Adénites cervicales tuberculeuses suppurées. Incision. Curettage. Drainage.	28 —	28 —
Gommes cervicales tuberculeuses. Excision. Curettage. Drainage.	7 —	7 —
Adéno-phlegmon du cou. Incision. Drainage.	7 —	7 —
Kyste sébacé du cou. Ablation. Sutures. Drainage	2 —	2 —
Kyste congénital du cou. Ablation Sutures. Drainage. (Malade perdu de vue.)	1 —	1 améliorat.
Tuberculose cutanée du cou. Incision. Curettage. Thermo-cautérisation.	1 —	1 guérison.
Plaie du cou. Sutures.	1 —	1 —
Ganglions tuberculeux non suppurés du cou. Ablation. Sutures avec ou sans drainage	9 —	9 —
Abcès furonculeux du cou. Incision. Curettage. Drainage	5 —	5 —
Furoncles du cou. Excision. Curettage.	3 —	3 —
Anthrax du cou. Excision. Curettage. Thermo-cautérisation	1 —	1 —
Ganglion cervical tuberculeux sus-claviculaire non suppuré. Ablation. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Adénites tuberculeuses suppurées sus-claviculaires. Incision. Curettage. Drainage.	4 —	4 —

3° Opérations pratiquées sur le thorax et les seins.
(35 opérations).

Fistule thoracique tuberculeuse Large débridement. Curettage d'une côte. Ablation d'un séquestre. Drainage. Sutures. (Le malade entre sur sa demande salle Jarjavay).	1 opér.	1 améliorat.
Abcès froid costal. Incision. Curettage. Drainage	2 opér.	2 guérisons.
Gomme tuberculeuse de la région lombaire. Incision. Curettage. Drainage.	2 —	2 —
Furoncle anthracoïde de la région lombaire. Excision. Drainage. Thermo-cautérisation	1 opér.	1 guérison.
Carcinome du sein. Ablation. Sutures. Ablation de ganglions axillaires. Drainage	1 —	1 —
Ancienne amputation du sein. Trajets fistuleux par persistance de deux fils. Débridement. Ablation des fils. Curettage des trajets fistuleux.	1 —	1 —
Mammite suppurée. Incision. Drainage.	12 —	12 —
Fibro-adénome du sein. Ablation de la tumeur avec une partie de la glande mammaire. Sutures. Drainage.	2 —	2 —
Adénome kystique du sein. Amputation du sein. Sutures. Drainage.	1 —	1 —
Adénome kystique du sein. Ablation simple de la tumeur. Sutures. Drainage.	1 —	1 —
Eschare du sein. Excision de l'eschare. Drainage.	1 —	1 —
Corps étrangers de la paroi thoracique. (aiguilles). Ablation. Sutures. Drainage.	2 —	2 —
Anthrax de la paroi thoracique. Excision. Curettage. Thermo-cautérisation	1 —	1 —
Adéno-phlegmon sous-pectoral. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Lipome de la paroi thoracique. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
Kyste sébacé ramolli de la paroi thoracique. Incision. Curettage. Drainage.	1 —	1 —
Noyaux sarcomateux de la paroi thoracique, sous la cicatrice d'une amputation du sein datant de huit ans. Ablation. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Abcès froid de la région dorsale. Excision. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Mal de Pott avec gibbosité dorsale. Redressement (procédé Calot). Corset plâtré. (La malade est envoyée ensuite à la Salpêtrière).	1 —	1 améliorat.
Furoncles de la région dorsale. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 guérison.

4° Opérations pratiquées sur l'abdomen et l'anus.
(12 opérations).

Corps étranger de la paroi abdominale (aiguille). Ablation. Sutures.	1 opér.	1 guérison.
Anthrax de la paroi abdominale. Excision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Fissure à l'anus. Dilatation forcée	5 —	5 —
Abcès de la marge de l'anus. Incision. Curettage. Drainage.	1 —	1 —
Hémorroïde étranglée. Suture en chaîne. Excision	1 —	1 —
Polype du rectum. Ablation. (Malade perdu de vue).	1 —	1 probable.
Corps étranger du rectum. Ablation.	1 —	1 guérison.
Abcès de la fosse ischio-rectale. Incision. Drainage	1 —	1 —

5° Opérations pratiquées sur les voies génitales de l'homme.
(35 opérations).

Varicocèle douloureux. Résection du scrotum. Sutures.	6 opér.	6 guérisons.
Abcès scrotal. Incision. Curettage. Drainage.	2 —	2 —
Hydrocèle vaginale Cure radicale. Sutures. Drainage	5 —	5 —
Hydrocèle enkystée du cordon. Cure radicale. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Hydocèle double. Cure radicale. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Kyste du cordon avec épiplocèle. Cure radicale. Sutures. Drainage.	1 —	1 —
Kyste sébacé du scrotum Ablation. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Abcès urineux périnéal. Incision. Curettage. Drainage. (Malade perdu de vue)	1 —	1 amélior[illegible]rat.
Volumineux kyste dermoïde du prépuce. Ablation. Sutures	1 opér.	1 guérison.
Végétations du gland. Excision à la curette. Thermo-cautérisation	2 —	2 —

Phimosis avec kyste sébacé du prépuce. Circoncision. Ablation du kyste. Sutures.	1 opér.	1 guérison.
Phimosis. Incision dorsale du prépuce. Sutures	2 —	2 —
Phimosis. Ablation de deux lambeaux latéraux. Sutures	3 —	3 —
Phimosis. Méthode circulaire. Sutures.	6 —	6 —
Abcès froid au niveau d'un pédicule de castration testiculaire. Incision. Curettage	1 —	1 —
Atrésie du méat. Incision et dilatation du méat	1 —	1 —

6° *Opérations pratiquées sur les voies génitales de la femme.* (6 opérations).

Furoncle des grandes lèvres. Incision. Curettage. Drainage	2 opér.	2 guérisons.
Kyste de la grande lèvre. Ablation. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Végétations de la vulve, du vagin et de l'anus. Excision à la curette. Thermo-cautérisation	2 —	2 —
Atrésie du col consécutive à une amputation du col. Incision de l'utérus. Dilatation utérine	1 —	1 —

7° *Opérations pratiquées sur les membres supérieurs.* (272 opérations).

Lipome de l'épaule. Ablation Sutures.	1 opér.	1 guérison.
Abcès furonculeux de l'épaule. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Furoncle de l'épaule. Incision. Curettage.	1 —	1 —
Anthrax de l'épaule. Excision. Curettage. Thermo cautérisation	2 —	2 —
Fibro-sarcome de l'épaule. Ablation. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Abcès froid de l'épaule. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Abcès lymphangitique de l'épaule. Incision. Drainage	1 —	1 —
Luxation de l'épaule. Réduction par traction simple	3 —	3 —
Luxation de l'épaule. Réduction par le procédé de Kocher	3 —	3 —
Pseudo-ankylose de l'épaule d'origine blennorrhagique. Mobilisation après anesthésie. Massage	1 —	1 amélioration.
Abcès tubéreux de l'aisselle. Incision. Curettage. Drainage	14 —	14 guérisons.
Adéno-phlegmon de l'aisselle. Incision. Curettage. Drainage	5 —	5 —
Adénites axillaires inflammatoires suppurées. Incision. Curettage. Drainage.	3 —	3 —
Abcès lymphangitique du bras. Incision. Drainage	1 —	1 —
Lipome du bras. Ablation. Sutures. Drainage	2 —	2 —
Abcès froid du bras. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Hématome du bras. Ponction. Compression	1 —	1 —
Hygroma du coude. Extirpation de la poche. Sutures. Drainage	3 —	3 —
Hygroma suppuré du coude. Incision. Curettage. Drainage	7 —	7 —
Fracture de l'olécrâne avec hémarthrose. Incision. Ablation des esquilles. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Adénite épitrochléenne suppurée. Incision. Curettage. Drainage	2 —	2 —
Furoncle du coude. Excision. Curettage.	1 —	1 —
Hydarthrose du coude. Arthrotomie. Drainage	1 —	1 —
Abcès furonculeux du coude. Excision. Curettage	1 —	1 —
Abcès froid du coude. Incision. Curettage. Drainage	2 —	2 —
Phlegmon du coude. Incision. Drainage.	2 —	2 —
Hématome de l'avant-bras. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Furoncle de l'avant-bras. Incision. Curettage. Drainage	3 —	3 —
Abcès froid de l'avant-bras. Incision. Curettage. Drainage	4 —	4 —
Abcès furonculeux de l'avant-bras. Excision. Curettage	1 opér.	1 guérison.
Corps étranger de l'avant-bras. Extraction	1 —	1 —
Synovite tuberculeuse de l'avant-bras avec trajets fistuleux. Débridement. Curettage. Thermo-cautérisation	1 —	1 —
Plaie de l'avant-bras. Sutures. Drainage.	1 —	1 —
Plaie contuse de l'avant-bras. Résection des lambeaux sphacélés. Drainage.	1 —	1 —
Névrite de l'avant-bras. Ablation de tissu scléreux englobant le nerf médian. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Anthrax de l'avant-bras. Excision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Fractures de l'avant-bras. Huit appareils plâtrés. Un appareil en gutta-percha.	9 —	9 —
Phlegmon de l'avant-bras. Incision. Drainage	2 —	2 —
Plaie de l'avant-bras avec section de la radiale et du tendon du grand palmaire. Ligature artérielle. Suture tendineuse.	1 —	1 —
Kystes synoviaux du poignet. Ablation. Sutures. Drainage	12 —	12 —
Abcès froid du poignet. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Myxome des gaines synoviales du poignet. Excision. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Synovite séreuse du poignet. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Corps étrangers des mains et des doigts (aiguilles, balles de revolver, éclats de verre, etc.). Ablation avec ou sans sutures. Drainage	23 —	23 —
Onyxis. Ablation de l'ongle	1 —	1 —
Papillome de l'index. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
Spina-ventosa de l'index. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Ostéo-nécrose de la phalangine de l'index. Résection phalangienne. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Ostéo-nécrose de la phalangine du pouce. Ablation de celle-ci	1 —	1 —
Tuberculose cutanée du pouce. Curettage. Thermo-cautérisation	1 —	1 —
Plaie du médius. Sutures	1 —	1 —
Ostéo-nécrose de la phalangette du médius. Ablation	1 —	1 —
Ostéo-nécrose de la phalangine et de la phalangette du médius. Ablation de la phalangette. Résection de la phalangine	2 —	2 —
Plaies du médius. Sutures	2 —	2 —
Luxation métacarpo-phalangienne de l'annulaire. Réduction	1 —	1 —
Spina-ventosa de l'auriculaire. Incision. Curettage. Thermo-cautérisation	1 —	1 —
Plaie du petit doigt avec section de la phalangine et des tendons fléchisseur et extenseur. Avivement. Sutures tendineuse. (Malade perdu de vue)	1 —	1 amélioration.
Plaie de la main. Sutures. Drainage.	4 —	4 guérisons.
— Sutures musculaires et cutanées. Drainage.	1 —	1 —
Verrues des mains et des bras. Ablation. Sutures	10 —	10 —
Abcès furonculeux de la main. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Hématome de la face dorsale de la main. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Anthrax de la face dorsale de la main. Excision. Thermo-cautérisation	1 —	1 —
Furoncle de la main. Excision. Curettage.	1 —	1 —
Phlegmon du dos de la main. Incision. Drainage	4 —	4 —
Abcès froid de la face dorsale de la main. Incision. Curettage. Drainage	2 —	2 —
Phlegmon de la paume de la main. Incision. Drainage (avec ou sans curettage). (Trois perdus de vue)	20 —	17 —
Plaie du dos de la main avec section des 3e et 4e tendons de l'extenseur commun des doigts. Débridement. Suture tendineuse et cutanée. Drainage	1 —	1 —

Kystes épidermiques traumatiques d'appa-

*

renee sébacée de la paume de la main. Ablation. Drainage	2 opér.	2 guérisons.
Panaris. Incision avec ou sans curettage. (Onze perdus de vue)	82 —	71 —

8° *Opérations pratiquées sur les membres inférieurs.* (97 opérations).

Plaies de la fesse. Sutures	1 opér.	1 guérison.
Abcès froid de la fesse. Incision. Curettage. Drainage	2 —	2 —
Anthrax de la fesse. Excision. Curettage. Thermo cautérisation	2 —	2 —
Kyste sebacé de la fesse. Incision. Curettage. Sutures	1 —	1 —
Abcès furonculeux de la fesse. Incision. Curettage. Drainage	3 —	3 —
Papillome de la hanche. Ablation. Sutures.	1 —	1 —
Gomme tuberculeuse suppurée de la région inguinale. Incision. Curettage. Drainage.	1 —	1 —
Adénites inguinales suppurées. Incision. Curettage. Drainage.	5 —	5 —
Adénite crurale suppurée. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Plaie de la cuisse. Avivement. Sutures	1 —	1 —
Anthrax de la cuisse. Excision. Curettage	2 —	2 —
Abcès froid de la cuisse. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Furoncle de la cuisse. Incision. Curettage.	1 —	1 —
Phlegmon circonscrit de la cuisse. Incision. Drainage	1 —	1 —
Névrome sous-cutané douloureux du genou. Ablation. Sutures	1 —	1 —
Hygroma du genou. Cure radicale. Sutures. Drainage.	2 —	2 —
Hygroma suppuré du genou. Incision. Curettage. Drainage	2 —	2 —
Plaie du genou. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Furoncle du genou. Incision. Curettage. Drainage	2 —	2 —
Abcès froid sus-rotulien. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Furoncle du creux poplité. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Anthrax de la jambe. Excision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Fibrome sous-cutané douloureux de la jambe. Ablation. Drainage. Sutures.	1 —	1 —
Abcès furonculeux de la jambe. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Abcès lymphangitique de la jambe. Incision. Drainage	3 —	3 —
Rupture de varices (Saphène interne). Ligature veineuse. Sutures.	1 —	1 —
Hématome de la jambe. Incision. Drainage.	1 —	1 —
Phlegmon circonscrit de la jambe. Incision. Drainage	1 —	1 —
Ostéomyélite prolongée du tibia Evidement à la gouge et au maillet. Curettage.	1 —	1 —
Plaie de jambe avec section du tendon d'Achille. Suture tendineuse et cutanée. Drainage	1 —	1 —
Ostéite de la malléole interne. Incision. Curettage. Drainage	2 —	2 —
Abcès froid de la malléole externe. Incision. Curettage. Drainage	3 —	3 —
Furoncle du cou de pied. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Plaie du cou de pied. Sutures	1 —	1 —
Abcès froid du cou de pied. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Abcès lymphangitique du pied. Incision. Drainage	3 —	3 —
Hygroma du cou de pied. Cure radicale. Sutures. Drainage	2 —	2 —
Hygroma suppuré du cou de pied. Incision. Curettage. Drainage.	1 —	1 —
Corps étranger du pied. Ablation.	2 —	2 —
Tumeur verruqueuse du cou de pied. Extirpation. Sutures	1 —	1 —
Pieds-bots paralytiques. Greffe tendineuse.	1 —	1 —
Ostéo-nécrose de la phalangine du gros orteil. Ablation.	1 —	1 —
Hygroma métatarso-phalangien du gros orteil. Incision. Curettage. Drainage.	1 —	1 —
Ostéite du premier métatarsien avec abcès. Incision. Curettage. Drainage	1 opér.	1 guérison.
Abcès froid du gros orteil. Incision. Curettage. Drainage	1 —	1 —
Abcès lymphangitique du gros orteil. Incision. Curettage Drainage	3 —	3 —
Orteil en marteau. Ostéotomie cunéiforme (procédé Terrier)	1 —	1 —
Mal perforant plantaire du gros orteil. Désarticulation métatarso-phalangienne. Sutures. Drainage	1 —	1 —
Mal perforant plantaire. Excision. Curettage (2 perdus de vue)	4 —	2 amélioral.
Durillon du pied. Extirpation	1 —	1 guérison.
Ongles incarnés. Cure radicale (procédés divers)	18 —	18 —

En récapitulant :

1° Sur la tête et la face	178	opérations.
2° Sur le cou	92	—
3° Sur le thorax et les seins	35	—
4° Sur les membres supérieurs	272	—
5° Sur les membres inférieurs	97	—
6° Sur l'abdomen et l'anus	12	—
7° Sur les voies génitales de la femme	6	
8° Sur les voies génitales de l'homme	35	—
Total	727	opérations.

Ce qui fait, comme nous l'avons dit, un total de 727 opérations pour l'année 1897, chiffre analogue à celui de l'année précédente (736 opérations).

Les malades opérés ont le plus souvent été anesthésiés, soit localement, avec la solution de cocaïne à 1/100 ; soit d'une façon générale, avec le chloroforme, ou le bromure d'éthyle.

Grâce à une très grande prudence dans l'administration de ces agents anesthésiques, aucun accident n'a été relaté cette année, pas plus du reste que pour les années précédentes.

2° La *consultation de gynécologie* faite, sous la direction de mon collègue des hôpitaux, M. le Dr Guillemain, par mon ancienne élève externe Mlle le Dr Desmollières, a eu lieu les lundis et vendredis, comme d'habitude.

On y a examiné et soigné 1.414 malades suivant les règles déjà indiquées.

En 1897, il s'est présenté 436 nouvelles malades; c'est à elles et à un certain nombre d'anciennes malades de l'an dernier qu'ont été données les 1.414 consultations.

Je tiens à noter que l'an dernier (1896) ce nombre des consultants était de 2.141, d'où une diminution de plus de moitié pour 1897. J'ai déjà indiqué l'an dernier les causes de cette diminution, je n'y insiste pas.

I. — *Maladies des organes génitaux.*

Molluscum de la grande lèvre.	1
Bartholinites non suppurées	6
— suppurées	5
Herpès de la vulve	3
Chancres mous de la vulve.	3
Syphilis secondaire vulvo-anale	8
Végétations vulvo-anales	4
Vulvo-vaginites blennorrhagiques aiguës	22
Métrites catarrhales	96
Métrites hémorragiques	32
Salpingo-ovarites	56
Hématocèles.	2
Rétro-déviations utérines.	15
Anté-déviations utérines.	14
Latéro-déviations utérines	5
Prolapsus génitaux.	18
Fibromes utérins.	19
Polypes de l'utérus.	3
Cancers de l'utérus.	22

Kystes de l'ovaire	2
Kyste du ligament large	2
Fistules recto-vaginales	1
Déchirures du périnée	4
Névralgies pelviennes, lombaires ou abdominales avec lésions insignifiantes de l'utérus et de ses annexes	10
Grossesses	28
Avortements compliqués d'infection	3

II. — *Maladies des voies urinaires.*

Polypes de l'urètre	2
Cystites	4
Reins mobiles	5
Incontinence d'urine	1
Fistules vésico-vaginales	1

III. — *Divers.*

Eventration	2
Kyste hydatique du foie	1
Cancer de l'intestin	1
Cancer du rectum	1
Rétrécissement du rectum	1
Prolapsus du rectum	1
Fistules à l'anus	3
Fissures à l'anus	4
Hémorroïdes	6
Hernies ombilicales	3
Hernies crurales	6
Hernies inguinales	4
Adénites inguinales suppurées	2
Lymphadénome	1
Névralgies intercostales	2
Névralgie sciatique	1

Les interventions ont été restreintes (15) :
2 bartholinites non suppurées.
1 polype de l'utérus.
2 polypes de l'urètre.
2 fistules à l'anus.
2 adénites inguinales suppurées.
1 hémorroïde.
5 ignipunctures profondes (hypertrophie du col).

Le traitement des métrites catarrhales, par les injections intra-utérines bi-hebdomadaires de teinture d'iode et le pansement glycériné, a été continué.

3° *La consultation externe d'électrothérapie*, faite sous la direction de mon élève M. le Dr Mally, a eu lieu *trois fois* par semaine : 2.244 malades y ont été soignés. Ces malades se répartissent ainsi :

Fibromes utérins		4
Amyotrophies réflexes :	du deltoïde	8
—	du grand fessier	4
—	du triceps crural	3
—	— brachial	1
—	du jamb. antérieur	1
Paralysies traumatiques :	du nerf axillaire	1
—	musculo-cutané	2
—	médian	6
—	radial	8
—	cubital	2
—	facial	2
Paralysie faciale *a frigore*		3
— hystéro-traumatique		4
Périarthrite scapulo-humérale		8
— de la hanche		3
Crampes professionnelles		4
Tic douloureux		2
Pied plat douloureux		3
Sciatique		4
Genu valgum		2
Luxation du tendon du long péronier latéral		2
Chorée		1
Maladie de Basedow		3
— Raynaud		2
— Little		3
— Landry		2
Hémiplégie		6
— infantile		16
A reporter		110
Report		110
Paralysie — (pied bot)		16
Amyotrophie progressive		2
Myopathies		2
Prolapsus du rectum		4
Cicatrices chéloïdiennes		3
Nœvi vasculaires		4
Total		141
Opérations radiographiques		80

Sur les démarches de M. le Pr Terrier, une subvention de 1.000 francs, accordée par le Conseil municipal de Paris (M. Brousse, rapporteur), a permis d'installer et d'annexer à la consultation d'électrothérapie, un matériel de radiographie. Pour arriver à ce but, il a fallu mettre à contribution beaucoup de bonnes volontés de la part de l'administration de l'hôpital Bichat et aussi de personnes étrangères à l'Assistance publique.

Rappelons que, dans le courant de l'année 1897, M. Terrier a pu obtenir l'adduction du secteur d'éclairage de Clichy pour l'éclairage de son service des femmes. Nous avons pu nous servir de l'électricité du secteur pour exciter nos appareils. En utilisant des meubles de rebut de l'hôpital et en faisant construire par les ouvriers de la maison certains accessoires rudimentaires, nous avons réussi également à improviser un laboratoire de photographie très modeste, mais suffisant. Enfin un de nos amis put mettre à notre disposition une bobine de Rhumkorff grand modèle, hors d'usage, que nous avons réussi à remettre en état.

Le crédit alloué a servi ainsi à couvrir les frais d'achat de tubes de Crookes (modèle Chabaud), d'écran fluorescent, de plaques et de produits photographiques.

De cette façon nous avons pu exécuter de nombreuses radiographies pour corps étrangers fractures, luxations, etc. ; en l'espace de 6 mois, le nombre de ces interventions a été de 80 environ.

Telle qu'elle est, cette installation n'est qu'un pis aller ; aujourd'hui l'exploration radiographique occupe une place très importante en médecine et en chirurgie ; il importe que ces premiers efforts ne soient pas dépensés en pure perte, et que par conséquent on s'efforce d'assurer le fonctionnement de ce nouveau service.

4° *Consultation pour les maladies des yeux.* Cette consultation a été faite, comme les années précédentes, par mon ancien interne le Dr Morax. 405 consultations ont été données durant l'année 1897.

La diminution du nombre des consultants tient d'une part, à ce que le service n'a pas fonctionné pendant les deux mois qu'a duré la réfection des salles de consultation, d'autre part, à ce que les indications concernant les jours et heures *des consultations spéciales* ont disparu du tableau placé à la porte extérieure de l'hôpital (1).

26 opérations de chirurgie oculaire ont été faites à la consultation, toutes suivies de guérison.

1 Cataracte traumatique. Extraction simple.
1 Cataracte secondaire. Discision.
1 Iridectomie pour glaucome secondaire.
5 Strabismes. Ténotomie et avancement.
1 Canthoplastie pour entropion spasmodique.
1 Tarsomarginoplastie pour ectropion cicatriciel.
10 Chalazions. Incision et curettage.
2 Fistules lacrymales. Excision et curettage du sac.
3 Incisions du point lacrymal.
1 Abcès de l'orbite. Incision et drainage.

(1) Cette suppression est d'autant plus étrange que l'Administration de l'Assistance, sur les indications expresses du Conseil municipal, se propose de créer des consultations ophtalmologiques

5° Les *consultations des maladies des oreilles, du nez et de la gorge* ont été faites les mercredis par mon ancien élève interne le Dr A. Malherbe ; 829 malades y ont été examinés et traités. Ici encore, l'absence *voulue* de toute indication sur ces consultations, les a fait diminuer ; or, je ne sais quel but on se propose d'atteindre en agissant ainsi, d'autant que, très prochainement, on ajoutera aux consultations officielles actuelles, des consultations pour les affections du nez, des oreilles et de la gorge.

Voici le résumé des opérations qui ont été pratiquées à cette consultation :

I. — *Nez et dépendances.*

31 Cautérisations. Cornets, éperons, déviations de la cloison, polypes, etc. (10 malades). . .	10 guérisons.
25 Ablations de polypes muqueux à l'anse froide (14 malades).	14	—
1 Grattage pour polypes multiples des fosses nasales sous le bromure d'éthyle (1 malade).	1	—
1 Hématome suppuré de la cloison, incision, grattage	1	—
2 Sinusites maxillaires, intervention par la voie alvéolaire sous le chloroforme	2	—

II. — *Pharynx.*

48 Cautérisations des amygdales au galvano-cautère (8 malades)	8 guérisons.	
21 Cautérisations pour pharyngite granuleuse, etc. (12 malades).	12 améliorat.	
3 Ablations unilatérales d'amygdales avec l'amygdalotome.	3 guérisons.	
6 Ablations doubles des amygdales avec l'amygdalotome, dont 1 sous le bromure d'éthyle. .	6	—
27 Ablations de tumeurs adénoïdes à l'aide du couteau de Schmidt sous le bromure d'éthyle.	27	—

III. — *Oreilles.*

4 Ablations de corps étrangers du conduit auditif.	4 guérisons.	
6 Paracentèses du tympan pour otite moyenne aiguë	6	—
1 Antro-mastoïdite double (enfant). Double évidement petro-mastoïdien sous le chloroforme.	1	—

Relevé des Consultants (*Année* 1897).

MOIS.	Chirurgie.	Gynécologie.	Electricité.	Ophtalmologie.	Oreilles, Nez, Gorge	Totaux.
Janvier.	779	87	165	30	68	1129
Février	785	99	192	16	41	1133
Mars.	866	123	184	47	81	1301
Avril.	821	86	184	32	73	1196
Mai.	956	154	213	40	72	1435
Juin	936	104	195	41	87	1363
Juillet	855	147	208	23	57	1290
Aout.	951	148	223	38	90	1450
Septembre. . . .	941	115	180	32	74	1342
Octobre..	865	126	185	37	62	1275
Novembre. . . .	693	117	173	34	57	1074
Décembre	630	108	142	35	67	982
Totaux.	10078	1414	2244	405	829	14970

Soit 14.970 consultants au lieu des 47.999 de 1896, chiffre se rapprochant des 23.520 consultants de 1895. Ce qui n'empêche pas l'encombrement des salles, d'où une *hygiène hospitalière* négative, selon l'habitude.

En effet, le relevé des brancards installés dans la salle des hommes, du 1er janvier 1897, jusqu'au 1er juillet de la même année, donne un chiffre qui varie de 15 à 27. C'EST-A-DIRE QUE DANS UNE SALLE QUI NORMALEMENT DOIT CONTENIR 31 MALADES ON ENTASSE DE 46 A 58 MALADES. (*A suivre*).

dans presque tous les hopitaux. Elle en trouve une établie depuis de longues années et aussitot elle fait tout son possible pour la faire disparaître. Quelle logique?

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Comité consultatif d'Hygiène publique de France.

Le *Comité consultatif d'Hygiène publique* de *France* est une création de la seconde République (10 août 1848). Jusqu'en 1884, son organisation est restée à peu près la même. Depuis lors, jusqu'au 3 février 1896, il a subi différentes modifications, soit dans sa composition, soit dans ses attributions. Actuellement, il est composé de 37 membres : 17 membres de droit et 20 autres membres « dont 10 au moins pris parmi les docteurs en médecine, et nommés sur une liste de présentation dressée par le Comité ». Le Comité comprend en outre des *auditeurs* « nommés par le Ministre, sur les propositions du Comité, et pour une période de trois ans toujours renouvelable. *Leurs fonctions sont gratuites* ». Ils sont aujourd'hui au nombre de huit.

Pendant bien des années, les travaux du Comité sont restés inconnus du public. Ce n'est qu'en 1872 que leur publication a été autorisée.

Le décret du 10 août 1848 disait dans son article 4 : « Les membres du Comité se réuniront *au moins* une fois par semaine, sous la présidence de l'un d'entre eux, désigné par le Ministre. Ils auront droit à des jetons de présence ».

Le décret du 30 septembre 1884, après avoir rappelé que le Comité doit se réunir en séance *au moins une fois par semaine*, dit dans son article 10 : « Les membres du Comité et du Comité de direction ont droit, pour chaque séance, *à laquelle ils assistent*, à un jeton d'une valeur de 15 francs ».

La rémunération des membres *présents* est équitable et, avec raison, le décret du 10 août 1848 l'a reconnu. Il devrait en être de même, à notre humble avis, pour *toutes* les commissions permanentes. Ou ces commissions sont utiles ou elles ne le sont pas. Si elles sont utiles, il faut rémunérer leurs membres. Il est indispensable aussi qu'un résumé, au moins, de leurs travaux soit publié pour que chacun puisse se rendre compte de ce qu'elles font et, en cas d'inutilité, rendre responsables les corps élus ou l'Administration, s'il y a lieu, des commissions superflues qu'ils ont nommées.

Ces renseignements préliminaires étant donnés, il nous parait utile de faire connaître le budget du personnel sanitaire et du Comité, inscrit au chapitre L du budget du Ministère de l'Intérieur de 1896, en l'accompagnant des réflexions du rapporteur, M. H. Boucher.

Crédit voté pour 1895...	345.700 francs.
Crédit demandé par le gouvernement. .	345.700 —
Crédit proposé par la commission.. . .	335.700 —

Le crédit de ce chapitre est affecté : 1° A la rémunération du personnel du service sanitaire engageant une dépense moyenne de 290.000 francs; 2° aux dépenses du Comité consultatif d'hygiène publique qui absorbe le reste du crédit.

L'attention de la commission a été appelée sur le chiffre des *indemnités de présence* accordées aux membres du

Comité consultatif d'Hygiène publique, dont la suppression a été réclamée, par cette raison que le Comité d'hygiène est le seul, parmi les nombreux conseils institués par le Ministre de l'Intérieur, auquel soient alloués des jetons de présence.

Le Conseil supérieur d'Assistance publique, le Conseil supérieur des Prisons, les nombreuses commissions auxquelles sont confiées d'une façon régulière l'examen des questions les plus importantes, et notamment celle des Sociétés de secours mutuels, se réunissent très fréquemment et comptent un grand nombre de participants, sans que leur présence assidue (1) ait besoin d'être sollicitée ou encouragée par une allocation spéciale.

Toutefois, le principe de cette allocation ayant été exceptionnellement inscrit dans le décret du 10 août 1848, qui a constitué le Comité consultatif d'Hygiène, la Commission qui se plaît à reconnaître tous les services rendus à l'hygiène publique par les membres éminents du Comité, l'importance et la haute distinction des publications qui résument leurs travaux, a cru devoir maintenir un crédit, avec cette affectation spéciale, en même temps que la valeur actuelle du jeton de présence.

Elle a toutefois décidé, par mesure générale, que les jetons de présence ne pourraient être accordés aux membres des différents conseils et commissions qui reçoivent déjà des appointements ou des indemnités, en représentation du temps qu'ils doivent consacrer aux intérêts publics. C'est ainsi qu'elle a proposé de ne pas reconnaître aux membres du Parlement et aux fonctionnaires une indemnité de présence dans les commissions et conseils réunis, notamment par les Ministères des Travaux publics et de l'Intérieur; elle n'a fait que sanctionner en cette circonstance, des habitudes très anciennes et très honorables du Ministère de l'Agriculture, du Ministère de la Marine, des Affaires Etrangères et de la plupart des autres départements ministériels.

Comme sanction de ces décisions, la Commission propose de réduire de 10.000 francs le crédit du chapitre 54. Cette diminution portera sur le paragraphe premier de l'article 2, prévoyant une dépense de 28.000 francs qui devra être ainsi réduite à 18.000 francs, au titre d'indemnités de présence des membres du Comité.

Nous avions toujours pensé que toute peine méritait salaire; que tout travail manuel ou intellectuel devait être rémunéré. En cela, comme les auteurs du décret du 10 août 1848, nous croyons être d'accord avec la plus élémentaire justice. Tel n'est pas l'avis du rapporteur de 1895. Il regrette que l'allocation de jetons de présence ait été inscrite dans le décret républicain du 10 août 1848. Au lieu de s'appuyer sur le principe équitable de ce décret, pour réclamer des jetons de présence analogues en faveur des membres des Conseils et des Commissions du Ministère de l'Intérieur, il invoque la gratuité de ceux-ci, signale la situation exceptionnelle du Comité d'Hygiène et conclut à la suppression des jetons de présence « aux fonctionnaires qui reçoivent déjà des appointements ou indemnités en représentation du temps qu'ils doivent consacrer aux intérêts publics ».

De sorte que, aujourd'hui, des 37 membres du Comité d'Hygiène publique, huit seulement, n'étant pas fonctionnaires, reçoivent des jetons de présence. Parmi les autres, on peut distinguer deux catégories: les membres de droit, dont le nombre va en augmentant, sans qu'il y ait peut-être des motifs très sérieux, et les membres nommés, dont la plupart sont médecins, professeurs ou agrégés à la Faculté, médecins des hôpitaux, etc. Tous consacrent une portion de leur temps, en dehors du temps qu'ils doivent à la Faculté ou aux hôpitaux, à faire des rapports pour le Comité et à assister aux séances. D'autre part, tous ont des frais de déplacement et quelque restreints que soient ces frais, ce n'en est pas moins une charge qui ne devrait pas leur être imposée.

Quant aux *auditeurs*, leurs fonctions ont toujours été gratuites. Or, tous prennent une part très active aux travaux du Comité. Tous y apportent des rapports très étudiés, qui ont exigé de longues heures de recherches. Et ce n'est qu'après des années et des années que l'un d'eux devient titulaire, car il est arrivé souvent que la place libre a été donnée à des savants ayant de la réputation... et des relations, mais qui n'avaient jamais rendu de services au Comité.

Eh bien, nous pensons qu'il serait juste de rétablir le crédit supprimé en 1895 et de l'augmenter, afin de rémunérer les auditeurs du Comité. Alors, le Ministre de l'Intérieur, s'il a, chose exceptionnelle, un véritable souci de réaliser des réformes sérieuses dans l'hygiène, si en retard, de notre pays, pourra demander aux membres du Comité un travail plus soutenu, une assiduité plus grande, qui permettront au Comité d'avoir un rôle plus considérable et d'imprimer une impulsion énergique à toutes les réformes concernant l'hygiène publique et sociale.

BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 février. — PRÉSIDENCE DE M. CH. RICHET.

Hommage à M. Grimaux.

Au début de la séance, dit le *Temps*, du 28 février, lorsque M. Grimaux parut, les quarante membres présents se levèrent et M. Charles Richet prononça l'allocution suivante :

Messieurs,

A la Société de Biologie, nous avons un usage touchant, c'est de féliciter dans leur triomphe ceux de nos collègues à qui vient de survenir un événement mémorable, une nomination, une décoration, une dignité quelconque. Aujourd'hui c'est à notre collègue, notre maître, notre ami, M. Grimaux, que nous tenons à adresser l'hommage de notre affection. Il a été durement frappé; nous n'avons pas à apprécier cet acte; mais nous tenons à lui dire quelle admiration, quelle sympathie, quel respect nous avons tous ici pour lui.

M. Grimaux, très ému, a prononcé quelques mots de remerciement :

Certes, dit-il, la loi a été violée en ma personne, car on ne poursuit pas des témoins qui déposent selon leur conscience, en toute loyauté, en toute honnêteté.

J'affirme, en effet, que j'ai écouté seulement la voix de ma conscience. J'avais juré que je dirais la vérité et je l'ai dite... Je suis prêt à toujours faire mon devoir de la même façon!

A l'issue de la séance, l'adresse suivante est votée en l'honneur de M. Grimaux par ses collègues :

Mon cher collègue,

Les membres de la Société de Biologie tiennent à honneur de vous adresser leur profonde sympathie au moment où vous êtes si durement atteint.

Cette adresse a été signée à l'unanimité des quarante membres de la Société de Biologie présents à la séance, moins cinq abstentions (1).

M. RICHET communique le résultat d'expériences sur l'*emploi d'injection de teinture d'iode* (2 gr. par litre

(1) Assidue!... Ce serait à vérifier..., si les procès-verbaux sont tenus exactement.

(1) Démonstration à peu près analogue à l'*Institut de France*, lundi dernier.

d'eau) sur des animaux expérimentalement tuberculisés. L'injection est de 250 cc. par semaine. Sur les 55 animaux tuberculisés, tous sont morts, ceux qui furent injectés survécurent aux autres.

M. CARNOT expose ses recherches sur la *pathogénie des scléroses du pancréas*. Ce sont les mêmes causes qui créent les pancréatites hémorragiques, qui déterminent la sclérose du pancréas : ligature du canal de Wirsung; injections dans ce canal de matières inertes, rétention de produits toxiques, de toxalbumines, de ferments. On constate du gonflement des fibres conjonctives, une destruction des cellules nobles et une infiltration abondante des leucocytes; puis sclérose qui envahit le parenchyme.

M. CAMUS a démontré qu'on pouvait porter à de hautes températures le plasma hépatique de peptone desséché, sans détruire la substance anticoagulante contenue dans ce plasma. Le plasma était d'abord desséché à basse température, puis soumis à des températures s'élevant jusqu'à 140°.

M. DUVAL lit le travail d'un de ses élèves démontrant que des globules blancs, chez les vieux chiens, pénètrent les cellules nerveuses, surtout dans les ganglions ; ce serait la façon de mourir de la cellule nerveuse.

M. D'ARSONVAL. — M. BONNIOT, chez M. Charrin, a continué les études de *mesures calorimétriques sur les nouveau-nés*.

MM. MALASSEZ et JARDEL. — En introduisant des liquides acides dans le système porte, on obtient de la glycosurie. Le suc digestif, le suc gastrique ou suc intestinal, ainsi injectés, déterminent ces accidents.

M. BORDAS a isolé le *ferment d'un vin* qui présentait les caractères d'un vin amer; c'est un bacille en petits bâtonnets, parfois mobiles.

Mlle NAPIAS étudie la *sucrose de la levure de bière*.

M. RETTERER étudie les *organes dérivés des fentes branchiales chez le poulet et le canard*. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er mars 1898.

Traitement chirurgical de la paralysie faciale par traumatisme intra-rocheux. L'anastomose du facial et de la branche trapézienne du spinal.

MM. FAURE et FURET présentent un cas de paralysie du facial sectionné par un coup de revolver dans l'oreille et traité par anastomose du facial et de la branche trapézienne du spinal. L'opération est encore trop récente pour que le résultat soit connu, mais elle est ingénieuse et en tous cas inoffensive.

Saignée, vomitifs, vésicatoire (suite)

M. HUCHARD est lui aussi partisan de la révulsion. Ce qu'il combat, c'est la révulsion dangereuse obtenue par le vésicatoire. Ce qu'il combat, c'est l'emploi que le public fait à tort et à travers du vésicatoire, sans conseil, sans direction. Dans les néphrites interstitielles, si souvent latentes et méconnues, le vésicatoire donne en particulier de véritables désastres. L'emploi de la cantharide, un moment proposé dans les néphrites, a d'ailleurs donné des accidents tels qu'il est aujourd'hui abandonné.

Traitement du trachome.

M. JAVAL signale un nouveau procédé de M. BITZOS (de Constantinople). Celui-ci dissèque et retourne le fragment granuleux du cartilage tarse. La surface indéfiniment proliférante se trouvant ainsi soudée aux tissus de la paupière, la production des granulations est arrêtée ; les granulations du cul-de-sac même ne tarderaient pas à disparaître. Une expérience suivie de ce procédé permettra seule d'en apprécier la valeur.

M. VALLIN dépose, au nom de MM. SANGLÉ-FERRIÈRE et REMLINGER, médecins militaires, la relation d'une *épidémie de fièvre typhoïde* due à l'épandage d'engrais humain autour d'une caserne.

M. GARIEL présente, au nom de M. MERGIER, un appareil appelé la *Radientomètre* par son auteur, destiné à déterminer la position exacte des corps étrangers dans l'organisme, à l'aide de deux radiographies. L'auteur a surtout recherché la simplicité dans l'application et dans la construction de cet appareil. Le même principe appliqué à la radioscopie permet de reconnaître la position du corps étranger en quelques minutes. L'appareil est accompagné d'un châssis spécial de M. Radiguet, qui permet de changer les plaques photographiques sous le malade, sans déplacer celui-ci. Le même châssis permet de substituer l'écran fluorescent aux plaques photographiques. Des épreuves radiographiques destinées à montrer une application du radientomètre accompagnent la présentation de l'appareil.

Election de deux correspondants nationaux (2e division).

Au premier tour de scrutin, M. Folet a obtenu 43 voix ; M. Hache, 4 ; M. Heydenreich, 14 ; M. Auffret, 1 ; M. Poncet, 15 ; sur 78 votants, M. FOLET est nommé membre correspondant. — Au second tour de scrutin, M. Hache a obtenu 45 voix ; M. Heydenreich, 10 ; M. Auffret, 1 ; M. Poncet, 17 ; M. Crivelli, 1; sur 74 votants, M. HACHE est nommé membre correspondant.

Classement des candidats aux deux places vacantes de correspondants nationaux (1re division).

1re ligne : M. Bertin (de Nantes) ; 2e ligne : M. Ledouble (de Tours) ; 3e ligne (*ex æquo*) : MM. Marvaud (de Toulouse), Moniez (de Lille), Du Cazal ((de Nice), Vincent (de Brest).

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 février 1898. — PRÉSIDENCE DE M. D'HEILLY.

Guérison du syndrome addissonien par l'opothérapie surrénale.

M. BÉCLÈRE présente un malade, âgé de 28 ans, qui, avec une bacillose pulmonaire, avait présenté, il y a trois ans, le syndrome d'Addisson. M. Béclère a traité le malade par l'opothérapie surrénale (absorption de glandes surrénales, injections sous-cutanées d'extrait glycériné de glandes surrénales). Le malade s'est amélioré et au bout de trois ans cette pigmentation est à peu près complètement disparue ; l'état général est très bon.

M. WIDAL relate un cas de maladie d'Addisson qui retira un bénéfice très net de l'opothérapie surrénale ; l'asthénie disparut, mais la pigmentation ne fut pas modifiée. L'amélioration ne fut que momentanée et en second lieu, l'opothérapie surrénale ne donna aucun résultat.

M. HAYEM signale un cas d'amélioration analogue chez un addissonien. Cette amélioration ne fut que temporaire. La pigmentation ne fut pas modifiée. Le malade se pliait difficilement à cette médication, sans cependant présenter d'accidents toxiques.

M. BÉCLÈRE conclut en faisant remarquer que l'opothérapie surrénale n'agit qu'à la longue et son action paraît être différente de l'action de l'extrait thyroïdien dans le myxœdème.

Influence antitoxique de la pulpe nerveuse sur la strychnine.

M. WIDAL, et son interne, M. NOBÉCOURT, communiquent le résultat de leurs expériences sur l'action antitoxique des tissus nerveux à l'égard de certains poisons, comme la strychnine. Cette action antitoxique est nette, mais non très forte. Elle augmente si on laisse plusieurs jours le poison au contact du tissu nerveux trituré. La propriété antitoxique du tissu nerveux est plus grande que celle du tissu hépatique. Le cerveau a une action plus forte que la moelle et le tissu nerveux est plus antitoxique pour la strychnine que pour la morphine. Cette action antitoxique a été étudiée par Wassermann pour la toxalbumine du tétanos; ce qui a engagé M. Widal à faire des expériences à ce sujet.

M. CHANTEMESSE a fait des constatations analogues au moyen du tissu hépatique et du phosphore. Il arrive aux mêmes conclusions que M. Widal.

Paralysie récurrentielle incurable bénigne consécutive à la rougeole

M. LERMOYEZ. — La paralysie totale d'un récurrent, qui place une corde vocale en position cadavérique, n'a pas de gravité par elle-même; elle ne cause pas de dyspnée sérieuse, car elle réduit à peine d'un quart l'aire respiratoire de la glotte; elle modifie peu la voix, lui donnant seulement un léger enrouement faux. Cependant les classiques admettent qu'une paralysie recurrentielle est toujours redoutable, à cause de sa valeur séméiologique. Elle est, en effet, le syndrome d'une lésion pathogénique presque toujours fatale : anévrisme de l'aorte, cancer de l'œsophage, tuberculose pulmonaire, tabes.

Toutefois, ce pronostic classique, bien qu'il s'applique à la majorité des cas, ne peut les englober tous. On peut, en effet, au point de vue de leur signification séméiologique, distinguer trois types de paralysie récurrentielle, ainsi que je l'ai établi dans un travail antérieur : 1° *la paralysie récurrentielle incurable grave*, forme classique bien connue, qui mène à la mort du fait des lésions dont elle n'est qu'une expression symptomatique ; 2° *la paralysie récurrentielle curable bénigne* qui guérit sans laisser de traces de son passage; 3° et, comme intermédiaire entre les deux types extrêmes, *la paralysie récurrentielle incurable bénigne*, infirmité compatible avec une survie indéfinie et qu'à tort certains auteurs (Semon, Felici) considèrent comme le phénomène inaugural d'un tabes à échéance lointaine.

L'observation que je rapporte se rattache à ce dernier groupe. Il s'agit d'une femme atteinte d'une paralysie récurrentielle gauche, dont le début remonte à vingt-sept ans, et s'est fait dans l'enfance à la suite d'une rougeole grave. Elle n'a aucun trouble de la santé générale, pas de dyspnée, mais seulement cet enrouement faux qui caractérise la voie bitonale, et quand elle s'enrhume, de violents accès de toux coqueluchoïde. La constatation actuelle au niveau de la région interscapulo-humérale gauche d'une zone de submatité et d'une respiration un peu rude, permet d'expliquer cette paralysie ancienne. Il est vraisemblable, en effet, qu'il s'est produit, au cours de la rougeole, une adénopathie du groupe péritrachéo-bronchique gauche.

Cette complication morbilleuse est fréquente. Ce qui l'est moins, c'est que cette adénopathie survive indéfiniment à la rougeole; cependant Duplay et Robin, Liouville ont signalé des cas de ce genre, à durée indéfinie. Dans le cas actuel, la persistance de cette adénopathie se révélait nettement à l'auscultation. Or, le groupe ganglionnaire peri-trachéo-bronchique est en rapport intime avec l'anse du récurrent gauche, il est donc logique d'admettre que ce nerf a dû être comprimé par la tuméfaction ganglionnaire, que cette compression a du amener une destruction segmentaire du tronc nerveux; et que, comme conséquence, il en est résulté une hémiplégie laryngée, incurable comme ses causes, mais bénigne comme elles.

Au reste, les cas de paralysie récurrentielle définitive consécutive à la rougeole sont des plus rares : deux faits seulement ont été observés (Morell-Mackenzie, Masucci).

M. GOUGUENHEIM fait une communication sur les cas de diphtérie chez l'adulte qu'il a observés à Lariboisiere durant l'année 1897.

J. NOIR.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 février 1898. — PRÉSIDENCE DE M. BERGER.

Traitement des fractures de Dupuytren vicieusement consolidées.

M. PICQUÉ. — Suivant l'orateur, ce traitement est variable suivant les cas; car il faut tenir compte de l'état de mobilité de l'articulation. Si celle-ci est mobile, la simple ostéotomie suffit; dans le cas contraire, c'est à la résection qu'il faut recourir.

M. TUFFIER a fait la section des os au niveau même de la fracture, dans deux cas de fracture de Dupuytren mal consolidée.

M. QUÉNU est intervenu sept ou huit fois en pareille circonstance. Une seule fois l'ostéotomie a réussi; dans les autres cas, il a fait la résection. M. NÉLATON, dans un cas cité par M. Picqué, il s'agissait de fracture mal consolidée avec subluxation du pied en arrière; or, ce qui dominait, c'était la luxation. L'indication était donc de réduire à n'importe quelle époque, et il n'y a pas de comparaison à établir en pareil cas avec les suites d'une fracture de Dupuytren.

Traitement chirurgical des abcès du foie (Discussion).

M. FONTAN vient exposer sa méthode : celle-ci consiste dans l'ouverture large et le curettage du foyer purulent après suture pleuro-pleurale ou hépato-abdominale, suivant les cas. Ces abcès siègent, le plus souvent, dans le lobe droit du foie, ce dont il faut être bien prévenu pour choisir le lieu de l'incision.

M. NÉLATON fait ensuite un rapport sur une observation de M. le Dr P. DELAGÉNIÈRE (de Tours) ayant trait à une *luxation de l'épaule traitée par l'arthrotomie*. Il s'agit d'un homme qui, dans une chute, s'était fait une luxation sous-coracoïdienne, compliquée d'une fracture de l'épine de l'omoplate, et qui ne fut vu par M. Delagénière que trois mois après l'accident. Celui-ci fit l'arthrotomie, brisa le cal vicieux de l'épine de l'omoplate et essaya de remonter, mais en vain, l'acromion. Il coupa ensuite tous les muscles s'insérant sur la tête humérale ; mais la réduction fut incomplète. Celle-ci ne fut possible qu'après l'ablation d'un abondant tissu ostéo-fibreux comblant la cavité glénoïde. La réduction, depuis l'opération, s'est maintenue ; mais il persiste des douleurs dans le bras. M. Delagénière admet que, dans toute luxation irréductible de l'épaule, il faut faire simultanément l'arthrotomie et enlever les obstacles qui empêchent la réduction. Pour M. Nélaton, il faut distinguer, au point de vue du traitement, trois variétés de luxations irréductibles de l'épaule : 1° les luxations primitivement irréductibles. Ces luxations sont justiciables de l'arthrotomie; 2° les luxations plus anciennes, secondairement irréductibles, dans lesquelles l'irréductibilité tient à l'étranglement de la tête par les lèvres de la déchirure capsulaire. Il faut alors faire le débridement sur les lèvres de cette capsule et la réintégration de la tête humérale a facilement lieu; 3° les luxations anciennes, encore secondairement irréductibles : outre l'étranglement de la tête humérale, on constate, dans ce cas, la rétraction de la capsule. Il n'existe plus de cavité glénoïde, et, de plus, il s'est produit des déformations osseuses. C'est la résection de la tête humérale qui s'impose alors.

Pathogénie des lithiases salivaire et biliaire.

M. HARTMANN communique son rapport sur deux travaux, l'un de M. LOISON, l'autre de M. MIGNOT. Celui de M. Loison concerne l'ablation d'un calcul du canal de Warthon. Sur l'examen de ce calcul, nous ne retiendrons qu'un point : c'est la présence, au centre du calcul, du streptocoque. Dans le travail de M. Mignot, où sont relevés 70 cas, la présence de microbes, et en particulier du coli-bacille, a été signalée 23 fois dans les calculs biliaires ; en même temps, on l'a également constatée plusieurs fois dans la bile. L'auteur s'est attaché à démontrer par l'expérimentation la nature infectieuse de ces calculs, et, par des cultures de coli-bacilles, il est arrivé à déterminer la formation de calculs ayant absolument la même structure que ceux qui se forment spontanément dans les voies biliaires. La lithiase biliaire est donc d'origine infectieuse. M. Hartmann ne croit pas à l'existence d'une lithiase biliaire diathésique.

M. PICQUÉ cite une communication intéressante sur le *délire psychique post-opératoire*, dont des exemples récents ont été publiés par Maret, Polaillon, Le Dentu, Pozzi, Régis, etc. L'orateur en a observé lui-même un certain nombre de cas. Il faut savoir que l'état antérieur du malade influe beaucoup sur l'éclosion de la psychose, indépendamment de l'acte opératoire. Il faut éliminer aussi les délires provoqués par les anesthésiques, les antiseptiques, les circonstances post-opératoires (infection, septicémie), les intoxications chroniques (alcool), etc. Ce sont là de faux délires post-opératoires. Toutes les opérations, même les plus simples, peuvent produire les psychoses ; cela arrive plus fréquemment, il est vrai, chez les enfants, les vieillards, les hystériques et les prédisposés héréditaires. C'est la forme mélancolique aussi qui est la plus fréquente. Elle est susceptible de guérison.

M. SCHWARTZ présente un malade atteint de *tumeur blanche du pied*, traité par le traitement conservateur.

M. RICHELOT présente deux malades qui ont subi la *tarsectomie*.

M. LEJARS présente une malade chez laquelle il a été fait une *cholécystostomie par la voie lombaire*.

M. GUINARD présente un *diverticule de Meckel ayant produit de l'étranglement intestinal*. Ce diverticule a une longueur de 23 centimètres.

M. Th. ANGER présente la photographie d'un *adéno-sarcome du sein.*

M. QUÉNU présente deux pièces de *carcinome rectal.* M. Quénu a enlevé les tumeurs par la voie périnéale.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

PRÉSIDENCE DE M. BUISSON.

M. VALLIN. — *Valeur relative des planchers et des dallages dans les habitations collectives.* — Les planchers sont imprégnés d'une façon journalière par les détritus de la vie et par les crachats; il est donc évident quo les planchers sont dangereux. Et cependant bien des personnes préfèrent les planchers et trouvent que les dallages sont dangereux, parce qu'ils sont froids pour les pieds. Ce refroidissement des pieds est bien peu de chose par rapport aux dangers que peuvent faire courir les planchers si aisément contaminables. La partie la plus contaminée dans un plancher est l'entrevoût; dans certaines prisons de Bavière présentant des épidémies infectieuses, Emmerisch a trouvé dans l'entrevoût 32 degrés, alors que dans la salle il n'y avait que 16 degrés; l'entrevoût était rempli d'une boue infecte et en fermentation. Comme on ne peut pas faire disparaître tous les planchers, il faut chercher à les rendre inoffensifs; pour y arriver, on a la *coaltarisation*, le *paraffinage*, le *linoleum*. Mais ce sont les *revêtements minéraux* qui doivent remplacer tous les planchers: dans ce cas, on doit toujours réserver un matelas d'air, c'est-à-dire on ne doit pas abandonner l'entrevoût, comme malheureusement on a de la tendance à le faire. Quels sont les principaux matériaux minéraux qui peuvent servir au revêtement du sol? Les *carreaux en grès céramique* rendent de grands services; mais ils ont l'inconvénient de coûter très cher, presque le double d'un plancher en chêne. Le *ciment* doit être rejeté des parties habitées de la maison; il se couvre de taches et il s'imprègne facilement. *L'asphalte* est d'une application facile, l'asphalte comprimé, qui donne uno surface excellente. Mais cet asphalte ne permet pas de conserver des entrevoûts solides. Cet asphalte est très résistant; il n'est pas très bon conducteur.

M. MANGENOT prend la parole sur la même question.

M. BERTROMIEUX.— Ces carrelages sont chers et peuvent être employés difficilement dans les habitations; on ne peut les placer que sur une couche de sable.

M. DROUINEAU. — *Résultats démographiques de l'année 1896, casier démographique départemental.* Cette année de 1896 a été très bonne pour deux motifs: la mortalité a baissé beaucoup, et la natalité a augmenté d'une façon très sensible. On peut rapprocher cetto année de l'année de 1889, qui a présenté le même type. M. Drouineau fait passer les fiches démographiques des départements sur lesquelles on peut suivre aisément les courbes de natalité et de mortalité.

MARTHA.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — *Legs.* — En vertu d'un legs, fait par feu Mme Allory, il est fondé, à l'Ecole de plein exercice de Médecine de Nantes, un *prix* triennal portant le nom du Dr *Allory-Gillois.* Ce prix consiste en une médaille d'or qui sera décernée à l'auteur du meilleur travail sur la phtisie pulmonaire, tous les trois ans, à partir de l'année 1898.—Conditions du concours: Les mémoires manuscrits et écrits en français ne seront pas signés; ils porteront une devise reproduite sur une enveloppe annexée au mémoire et dans laquelle seront mentionnés les nom et qualités de l'auteur. Les travaux présentés pour ce concours devront être remis au secrétariat de l'Ecole de Médecine de Nantes, avant le 30 juin 1898.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE EN 1898. — La session annuelle de la Société française d'otologie et de laryngologie s'ouvrira à Paris le 2 mai prochain. Voici les questions mises à l'ordre du jour: 1° *De l'unification des notations acoustiques:* 2° *Pathologie de l'amygdale linguale.*

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par décret, M. Auguste Génin, de Mexico, voyageur scientifique, est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre étranger.

BIBLIOGRAPHIE

De la tuberculose des ganglions du cou; par M. le Dr PETIT (Raymond). — Thèse de doct., Paris, 1897.

Les adénites scrofuleuses cervicales, telles que les comprenaient les anciens, ne constituent pas une entité morbide à part. Ce qu'il faut entendre par scrofule en général, c'est une prédisposition spéciale, une exagération en quelque sorte du tempérament lymphatique. C'est, si l'on veut, un état de réceptivité dû à la persistance des irritations. L'infection banale amène plus facilement chez les scrofuleux une hyperplasie cellulaire dans les ganglions; cette hyperplasie persiste longtemps et constitue un terrain essentiellement favorable au développement de la tuberculose. Les portes d'entrée de la tuberculose sont excessivement nombreuses pour l'infection des ganglions du cou. Les plus fréquentes sont: la carie dentaire, les amygdales, les végétations adénoïdes du pharynx, etc. L'infection se fait là presque toujours par voie lymphatique; la voie sanguine est possible, mais elle doit être beaucoup plus rare. La tuberculose des ganglions cervicaux est une tuberculose locale et qui peut le demeurer longtemps. Les expériences et la clinique le démontrent. Spontanément, l'adénite tuberculeuse évolue presque fatalement vers la forme fistuleuse avec caséification et transformation fibreuse. C'est d'une façon toute exceptionnelle qu'elle peut guérir par résorption ou par calcification. Mais les tubercules calcifiés ont une origine différente de celle des corps calcaires décrits par Schüppel. A côté des adénites tuberculeuses suppurées, il y en a quelques-unes, très rares à la vérité, qui présentent les caractères cliniques de la tuberculose et que l'expérimentation démontre ne pas être bacillaires. Dans la forme suppurée, il peut y avoir une infection secondaire, due le plus ordinairement aux streptocoques ou aux staphylocoques; mais on voit aussi, surtout chez l'adulte, des collections purulentes à évolution rapide, ayant l'aspect de suppurations chaudes, et qui pourtant ne contiennent que du bacille de Koch. La propagation de la tuberculose des ganglions du cou vers le médiastin est très rare; en raison même de la disposition des voies lymphatiques elle se fait plutôt vers l'aisselle. Le traitement le meilleur des adénopathies cervicales tuberculeuses, est l'extirpation, à condition de la faire complète. Elle est facile dans les cas non suppurés; dans les autres, les difficultés qu'elle présente sont loin d'être insurmontables. Les injections interstitielles lui sont très inférieures. Il faut les réserver pour les malades qui ne veulent pas être opérés et pour ceux dont l'état général ne justifierait pas une intervention sanglante.

Marcel BAUDOUIN.

Les déséquilibrés du ventre; par M. le Dr MONTEUUIS (de Dunkerque).— 1 vol. in-16, 1897, Paris.

C'est avec intérêt que nous avons lu cette nouvelle édition qui ne se distingue guère de la première que par un petit appendice de mise au courant, mais qui conserve le charme d'une apologie hardie et comme révolutionnaire de la maladie de Glénard. Ce dernier résume d'ailleurs sa manière de voir et ses recherches sur la ptose abdominale, dans une savante préface qui reflète l'esprit d'un chercheur expérimenté. M. Monteuuis est le disciple dévoué et convaincu, s'efforçant de faire valoir la théorie du maître, en jouant des coudes au besoin pour trouver à l'entéroptose une place prépondérante dans la pathologie des dyspepsies gastro-intestinales. L'entéroptose est très fréquente et a pour causes multiples: affaiblissement des tissus, excès d'aliments ou de boissons, constipation habituelle, arthritisme, herpétisme, faiblesse et relâchement de la paroi abdominale, abus du corset, grossesse, etc. Chap. II. Si la maladie de Glénard passait jadis pour peu fréquente, c'est qu'on la cherchait mal. Après la description de la maladie, nous trouvons les formes cliniques qui nous semblent un peu trop multipliées (p. 40). Il y a intérêt particulier à connaître les signes objectifs (p. 63) lesquels nous donnent la clef de la découverte de Glénard, avec l'aide d'un schema comparatif. Pour M. Monteuuis, le diagnostic de l'entéroptose est facile (chap. IV), si on lui restitue les troubles abdominaux qu'on attribuait jusqu'ici, soit à des affections de l'utérus, soit à la dilatation de l'estomac (Bouchard) soit à la neurasthénie. Elle est malmenée là

maladie de Bouchard (chap. v), laquelle serait très rare, si l'on défalque les vrais cas d'entéroptose. Cette dernière affection présente des signes de diagnostic assez curieux, qui sont : 1° *intolérance* pour le *vin* et le *lait* ; 2° *tolérance* pour les repas *copieux* ; 3° insomnie à heure régulière, épreuve de la sangle, etc. La troisième partie est consacrée au *traitement*, ou trépied thérapeutique de l'auteur, qui propose en effet : la ceinture, les laxatifs et le régime approprié. La ceinture de Glénard, pour être toujours bien supportée, doit être surveillée par le médecin, quant à la fabrication et à l'application. Quant au régime, il y a une échelle de digestibilité *subjective* qui est la même pour tous les entéroptosiques et qui est de ce fait un précieux moyen de diagnostic et de traitement. Repas fréquents, d'abord, diète carnée (viande crue, œufs, pain rassis) ; ensuite laitages ; et à la période neurasthénique de la maladie, diète lactée. La partie médicamenteuse comprend des laxatifs, un par jour (sulfate de soude ou de magnésie, eau purgative saline). Viennent ensuite les indications secondaires, le traitement diathésique, et enfin (4e partie) les observations et le traitement spécial des principales formes de l'entéroptose. En résumé, le livre du Dr Monteuuis mérite la lecture, à divers titres. D'abord philosophiquement, car on sent par la conviction même de l'auteur, combien sont vaines nombreuses théories érigées *excathedera* sur le terrain clinique, puisque MM. Glénard et Monteuuis démolissent, en divers endroits, ce que certains maîtres nous ont présenté comme des dogmes. Ensuite le livre est curieux par lui-même ; il est clair, consciencieux et courageux. A tous égards il doit être consulté.

Paul Cornet.

Précis de Chimie physiologique et pathologique ; par L. Hugounenq, professeur de Chimie médicale à la Faculté de Médecine de Lyon. — 1 volume grand in-18, de 600 pages Doin, éditeur, 8, Place de l'Odéon.

Ce volume fait partie de la nouvelle bibliothèque de l'étudiant en médecine, publiée sous la direction de L. Testut, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon. La collection des ouvrages de cette bibliothèque renferme toutes les matières qui, au point de vue théorique et pratique, font l'objet des cinq examens du doctorat en médecine. M. Hugounenq nous fait connaître, dans la préface, les idées dont il s'est inspiré et le but qu'il s'est proposé en écrivant ce livre. La chimie physiologique ne doit pas, d'après lui, avoir uniquement pour but la connaissance purement chimique des éléments qui constituent nos organes et nos tissus : elle doit voir plus loin et aspirer plus haut, et apporter sa contribution aux recherches biologiques.

L'ouvrage est divisé en cinq parties. Dans la première, l'auteur étudie les *principes immédiats* de l'organisme ; c'est-à-dire les *matières albuminoïdes* et leurs dérivés, les *hydrates de carbone*, les *matières grasses* et autres *composés quaternaires*, et en dernier lieu les *fermentations*.

Dans la deuxième partie, M. Hugounenq s'occupe de la *chimie de l'alimentation* et passe successivement en revue : la *salive*, les *sucs gastrique*, *pancréatique*, *intestinal*, et les *phénomènes respiratoires*, causes premières de la *chaleur animale*. La troisième partie est consacrée à l'étude du *sang*, de la *lymphe*, des *transsudats* et *exsudats* pathologiques ; les derniers chapitres, à celle de la chimie des *tissus conjonctif*, *adipeux*, *cartilagineux*, *musculaire* et *nerveux*. Dans la quatrième partie, l'auteur s'occupe de l'*urine*, du *sang*, du *pus*, des *sédiments* et *calculs urinaires*. Les derniers chapitres de l'ouvrage sont relatifs aux *mutations de matières*, à l'état physiologique et pathologique. M. Hugounenq en suit les variations dans l'*inanition*, la *fièvre*, le *diabète*, etc., etc., puis il termine en étudiant en détail le *chimisme microbien*. De nombreuses figures facilitent les descriptions et rendent attrayante la lecture de ce livre qui fait honneur à son auteur.

Le corps des Médecins militaires espagnols à Cuba.

Cette guerre a permis de relever beaucoup de traits d'héroïsme, de la part des médecins militaires espagnols. L'un d'eux, entre autres, M. Duran, au cours d'un combat acharné livré par le bataillon d'Antéquerra, se porta à l'avant-garde, pour secourir les soldats qu'il voyait tomber sous le feu, et ne tarda pas à être lui-même abattu par une balle Mauser qui lui fracassa l'articulation du genou. En ce piteux état, le Dr Duran se fit asseoir et se fit apporter, après l'action, tous les grands blessés ; il pratiqua ainsi vingt opérations parmi lesquelles : réduction d'anses intestinales et suture de la paroi abdominale, extractions de balles ; réduction d'une fracture avec pose d'appareil, etc. Il ne songea à lui-même qu'après avoir paré à toute urgence. Beaucoup de ses collègues ont malheureusement trouvé la mort, au cours de cette campagne ; d'autres, tombés aux mains des insurgés qui ne reconnaissent pas la convention de Genève, ont eu beaucoup à souffrir ; l'un d'eux a eu les deux poignets tranchés à coups de hache et a été remis en liberté en cet état.

F. B.

Un cas de rupture spontanée du cœur ; par B. Diez. — *Siglo Medico*, 1897.

Vieillard, 70 ans, très robuste, apparence de santé parfaite, chante et danse pour gagner sa vie, abuse un peu du vin ; il tombe subitement mort, sans avoir accusé aucun trouble préalable, au cours d'une promenade. A l'autopsie, poche péricardique distendue, remplie de sang coagulé, cœur portant deux déchirures, l'une linéaire étroite, l'autre arrondie, béante près de la pointe, à la surface du ventricule gauche, et présentant en dehors un orifice cratériforme creusé dans les tissus dégénérés ; myocardite graisseuse, gros vaisseaux dilatés et athéromateux. Curieux contraste de cet état des vaisseaux et du myocarde avec l'aspect vigoureux et sain du sujet. F. B.

Archives du conseil d'hygiène de Valparaiso, 1896-97. — Un beau volume, grand in-8 cartonné. Imprimerie *La Patria*, Valparaiso.

Ce nouveau recueil des actes du conseil est aussi intéressant que celui de l'exercice précédent, déjà analysé ici. Le bon effet de l'application des mesures d'hygiène est frappant, la mortalité a diminué à Valparaiso, depuis deux ans, de près de 23 0/0 et notamment la mortalité infantile de 26 0/0. Il serait trop long d'énumérer les comptes rendus de tous les services tels que voirie, inspection des logements insalubres, écoles, abattoirs, etc. Disons seulement que l'eau potable, d'excellente qualité, est encore insuffisante en quantité. Quebrada verde 1.500 m. c., Salto 5.500 m. c., soit 57 litres par habitant. Mais on va avoir les 3,000 m. c. de las Cenisas (83 litres par habitant) et, plus tard, avec le Peñuelas, on aura 283 litres, par habitant, d'eau très peu minéralisée. A signaler encore le projet de crémation monstre : incinérer les 60.000 cadavres d'un cimetière à désaffecter et à vendre, et tous les cadavres d'un autre cimetière, situé trop près des canalisations d'eau potable. — Pas de diminution relative à l'alcoolisme ; surveillance spéciale des dépôts d'huîtres pour la fièvre typhoïde ; réglementation minutieuse et sévère de la prostitution. Attention attirée sur les congres, qui sont presque tous porteurs d'un tænia spécial.

Boissier.

Recherches sur les causes des mouvements du cœur, sur son innervation et son indépendance motrice ; par le Dr Léon Germe, ancien professeur à l'Ecole de Médecine d'Arras.

En même temps que ce livre nous arrive la nouvelle de la mort de son auteur. Savant convaincu et dévoué, il donnait le résultat de son expérience et de ses recherches en une série de livres, dont nous avons déjà eu l'occasion de parler. Dans ce dernier, il part toujours de sa même idée, qui consiste à ne pas regarder le cœur comme un organe purement régulateur ; mais à considérer l'influence de l'état de vacuité ou de dilatation de ses cavités, celle de la contraction des vaisseaux pulmonaires et des vaisseaux périphériques, et que ses actions sont beaucoup plus puissantes que les influences nerveuses proprement dites. En un mot il est plus hydraulicien, plus physicien que physiologiste.

A. P.

Étude sur les nerfs secréteurs de l'estomac. Théorie de la secrétion gastrique ; par Joseph Schweyer, assistant de la clinique de Nothnagel. — Tiré à part du *Zeitschrift fur Klin. Med.*, 32. Bd. H., 1 u. 2.

Dans ce petit travail, l'auteur s'est attaché à étudier l'importance de la section ou de l'excitation des nerfs de l'estomac sur la production de l'acide chlorhydrique ; et ses conclusions ne diffèrent pas sensiblement de celles de Moth, Hayem et Winter, qu'il rappelle du reste avec raison.

VARIA

L'Affaire Laporte.

La cour d'appel a commencé, comme nous l'avons dit, l'examen de l'affaire du Dr Laporte dont elle est saisie. Me Henri Robert, avocat de l'appelant, a donné lecture de nombreuses lettres adressées par des professeurs de clinique obstétricale au Pr Pinard sur un questionnaire que celui-ci leur avait adressé à la suite de son intervention lors de la première comparution du Dr Laporte devant la justice. M. l'avocat général Blondel a conclu à l'infirmation de la condamnation et, par conséquent, à l'acquittement du Dr Laporte. — La cour a remis l'arrêt à huitaine.

Médecins inspecteurs des Ecoles.

Le Préfet de la Seine, vu la délibération du Conseil municipal de Paris, en date du 7 novembre 1883, et l'arrêté préfectoral du 15 décembre 1883, approbatif de cette délibération relative à la réorganisation du service de l'Inspection médicale des établissements scolaires publics de Paris; vu notamment les articles 4 et 5 de l'arrêté préfectoral susvisé, portant : « Art. 4. — Les médecins inspecteurs devront être pourvus du diplôme de docteur d'une Faculté de l'Etat; ils seront nommés par le Préfet, sur une liste de présentation dressée dans chaque arrondissement par le maire, de concert avec la délégation cantonale. Cette liste devra comprendre un nombre de noms double de celui des places à pourvoir, — Art. 5. — La durée du mandat conféré aux médecins inspecteurs des écoles primaires et maternelles est fixée à trois ans. En conséquence, tous les trois ans, il sera procédé dans les arrondissements de Paris à l'établissement, par les maires et les délégations cantonales, des listes de présentation à soumettre au préfet. » Considérant que le renouvellement triennal du personnel de l'inspection médicale est tombé en désuétude et qu'il y a lieu dans l'intérêt du service, d'en rétablir le régime; sur les présentations des délégations cantonales et des municipalités des vingt arrondissements de Paris et sur le rapport de l'inspecteur d'Académie, directeur de l'Enseignement primaire de la Seine,

Arrête :

Article premier. — MM. les docteurs en médecine dont les noms suivent, sont désignés pour remplir les fonctions de médecins inspecteurs des écoles primaires et maternelles publiques de la ville de Paris, chacun dans la circonscription prévue au tableau, pour une période de trois ans, du 1er janvier 1898 au 31 décembre 1900 : 1er *arrondissement.* MM. les Drs Richard (Paul), Richard (Ernest), Carpentier-Méricourt. — 2e *arrondissement.* MM. les Drs Gillet, Reteaud, Bruchet. — 3e *arrondissement.* MM. les Drs Debierre, Gerson, Wuillemier, Bouchard, Pellier. — 4e *arrondissement.* MM. les Drs Vigouroux, Gourichon (Louis), Guyard, Michaud, Garnier, Virey. — 5e *arrondissement.* MM, les Drs Gervais, Vauthier, Delisle, Dautel, Deffaux, Barrault, Parizot.— 6e *arrondissement.* MM. les Drs Butte, Boucheron, Piéchaud. — 7e *arrondissement.* MM les Drs Veil, Delaunay, Tolédano. — 8e *arrondissement.* MM. les Drs Canuet, Stakler, Bezançon. — 9e *arrondissement.* MM. les Drs Caubet, Variot, Hirtz. — 10e *arrondissement.* MM, les Drs Lancelin, Seiler, Hischmann, Mercier, Pennel, Tripet, Dreyfus. — 11e *arrondissement.* MM. les Drs Calmeau, Naudet, Miquel, Dubief, Pasteau, Montignac, Andrercy, Tourangin. Landois, Bimsinstein, Signez, Chevallereau, Guillot. — 12e *arrondissement.* MM. les Drs Plessard, Bonnefoy, Yvon, Gibert, Salmon, Binet, Gourichon (Henri), Bloch. — 13e *arrondissement.* MM. les Drs du Périer, Mangenot, Monnet, Paulier, Planteau, Renet, Rivas, Laurent.— 14e *arrondissement.* MM. les Drs Delpeuch, Floquet, Lartigue, Piérin, Coumétou, Macqret; Bonne. — 15e *arrondissement.* MM. les Drs de Pradel, Marieux, de Gennes, Lagelouze, Destrem, Doury, Bra — 16e *arrondissement.* MM. les Drs Rafinesque, Raymond, Laurand. — 17e *arrondissement.* MM. les Drs Eloy, Ramonat, Blayac, Marevéry, Hétier, Rubé, Riché, Jasiewicz. — 18e *arrondissement.* MM. les Drs Cazaux, Giraud, de Cour, Juranville, Deschamps, Dutauzier, Karth, Gachet, Charropin, Marquez, Dusseaud. — 19e *arrondissement.* MM les Drs Thominet, Delhomme, Barbarin, Laurent, Lazard, Morin, Huguenin, Lomier. — 20e *arrondissement.* MM. les Drs Kinzelbach, Braunberger, Delarue, Nogué, Dufestel, Colton, Balland, Chauveau, Chenet, Laloy.

Arrondissement de Sceaux. — *Canton de Charenton.* MM. les Drs Guerlin, à Charenton. Capdeville, à Alfortville. Morisson, à Maisons-Alfort.— *Canton de Sceaux.* MM. les Drs Soub se, à Fontenay-aux-Roses. Thouvenel, à Antony. — *Canton de Vanves.* MM. les Drs Lefèvre, à Malakoff. Welclin, à Clamart.— *Canton de Villejuif.* MM. les Drs Reulos, à Villejuif. Durand, à Arcueil. — *Canton d'Ivry.* MM. les Drs Trichet, à Choisy-le-Roi. Barthès, à Ivry-sur-Seine. — *Canton de Nogent.* MM. les Drs Lallement, à Nogent. Collardot, au Perreux. — *Canton de Saint-Maur-des-Fossés.* MM. les Drs Barborin, à Joinville. Caillette, à Saint-Maur. Piettre, à la Varenne-Saint-Maur. — *Canton de Montreuil.* MM. les Drs Gavarel, à Montreuil-sous-Bois. Blesson, à Montreuil-sous-Bois. — *Canton de Vincennes.* MM. les Drs Pachot, à Vincennes. Vallat, à Vincennes.

Arrondissement de Saint-Denis.— *Canton de Saint-Denis.* MM. les Drs Feltz, Dupuy, Blois et Iszenard, à Saint-Denis — *Canton d'Aubervilliers.* MM. les Drs Serpaggi, à Pierrefitte. Ardouin et Michaux, à Aubervilliers. — *Canton de Saint-Ouen.* MM. les Drs Thobois, Dubousquet-Laborderie, à Saint-Ouen. Goret, à l'Ile-Saint-Denis. — *Canton de Pantin.* MM. les Drs Edelmann, à Pantin. Sion, au Pré-Saint Gervais. Camus, aux Lilas. — *Canton de Noisy-le Sec.* MM. les Drs Cagniat, à Noisy-le-Sec. Estieu, à Rosny. — *Canton d'Asnières.* MM. les Drs Périer et Neubauer, à Asnières. — *Canton de Boulogne.* MM. les Drs Besançon et Cloquet, à Boulogne-sur-Seine. — *Canton de Clichy.* M. le Dr Hellet, à Clichy. — *Canton de Courbevoie.* MM. les Drs Bonnecaze père, à Courbevoie. Pouvreau-Lavigerie, à Bois-Colombes. Bonnecaze fils, à Colombes. — *Canton de Levallois-Perret.* M. le Dr Tariote, à Levallois-Perret.— *Canton de Neuilly.* M. le Dr Putel, à Neuilly-sur-Seine. — *Canton de Puteaux.* MM. les Drs De la Gorce, à Puteaux. Des Tureaux, à Suresnes.

Rapport sur la situation des établissements d'enseignement supérieur durant l'année scolaire 1896-97.

Le Conseil de l'Université de Paris s'est réuni, cette semaine en commission, à l'effet de procéder à l'examen de diverses questions pendantes. Puis il s'est constitué en assemblée plénière et a arrêté le texte du rapport qui va être présenté au Ministre de l'Instruction publique, sur la situation des établissements d'enseignement supérieur durant l'année scolaire 1896-97.

Congrès. — M. Lannelongue a fait le récit, plein d'intérêt, de son voyage en Orient et de la situation des écoles de tous degrés, qu'il a visitées en Egypte, en Syrie, en Palestine et à Constantinople. La Faculté de Médecine et l'Ecole supérieure de Pharmacie ont été représentées par plusieurs de ses membres au Congrès médical de Moscou. La section française a été présidée par M. Lannelongue, qui a été élu président du Congrès qui doit se tenir à Paris en 1900. M. le doyen Brouardel a pris part, à Bruxelles, au congrès de médecine légale. M. Planchon, directeur de l'Ecole de pharmacie, a, dans la même ville, présenté l'Université de Paris au 8e Congrès pharmaceutique. M. Vélain, le nouveau professeur de géographie physique à la Faculté des Sciences, l'a représentée au congrès géologique de Saint-Pétersbourg.

Etudiants femmes et étrangers dans les Facultés.

A la Faculté de Médecine, 163 femmes, 718 étrangers; à la Faculté des Sciences, 50 femmes, 45 étrangers; à l'Ecole supérieure de Pharmacie, 14 femmes, 24 étrangers. — Pour les examens, la Faculté de Médecine a fait passer 8.971 examens : 8.382 docteurs (ancien régime) et 248 docteurs (nouveau régime), 93 sages-femmes de 1re classe, 239 chirurgiens-dentistes; la Faculté des Sciences (9.878 examens) : 8.614 bacheliers, 215 licenciés, 36 docteurs; la Faculté des Lettres (8.774 examens) : 8.001 bacheliers, 661 licenciés, 22 docteurs, 40 diplômés d'études supérieures d'histoire et de géographie; l'Ecole supérieure de Pharmacie (2.348 examens) : 1.100 diplômés de fin d'études et 107 herboristes. Le nombre des épreuves subies dans les établissements d'enseignement supérieur s'est élevé à 37.155; il n'y a diminution qu'à l'Ecole de pharmacie. L'Ecole de pharmacie déplore à nouveau la faiblesse des examens, surtout pour les candidats de deuxième classe, et elle réclame cette année encore la suppression des pharmaciens de deuxième classe, ainsi que celle des herboristes.

La construction de nouveaux hospices.

On sait que l'Assistance publique de la Ville de Paris ne dispose que de 7,529 lits, toujours occupés, et que le nombre de vacances annuelles est d'environ 1.200, pendant que le nombre d'expectants reconnus admissibles est en chiffre ronds de 8.200. Le Conseil municipal a tenté de remédier à cette fâcheuse situation par le développement des secours représentatifs qui sont actuellement distribués à 4.120 indigents, par l'hospitalisation, l'envoi dans les asiles d'aliénés ou l'admission dans les maisons de retraite de Nanterre et de Villers-Cotterêts. Ces mesures ont pu, jusqu'à un certain point, pallier le mal; mais il est bien évident que l'unique moyen, et il faudra tôt ou tard en venir là, serait de rejeter impitoyablement les sollicitations de ceux dont le domicile de secours n'est pas réellement à Paris et de rendre obligatoire le rapatriement de ceux qui viennent imposer à la population parisienne la charge

de leur vieillesse ou de leurs infirmités, alors que leur pays natal a profité de leur force et de leur travail.

Les idées actuelles ne permettent pas d'émettre un tel vœu, et M. Lampué, conseiller municipal, préoccupé du nombre toujours croissant des expectants, proposera prochainement à ses collègues de créer, de préférence dans la banlieue où l'air est meilleur, 6.000 lits nouveaux, ce qui porterait le nombre total à 13,529 et donnerait, d'après la proportion établie par l'expérience, à peu près 2.150 vacances par an ; il évalue la dépense à 43.200.000 francs. Comme le budget de la Ville de Paris et celui de l'Assistance publique ne peuvent supporter une telle dépense, M. Lampué demande l'émission d'un emprunt de 44 millions dont l'amortissement à 3 0/0 entraînerait l'inscription au budget d'une annuité de 1.320.000 francs ou de 7.062.000 francs, si on y ajoute une somme de 5,752.000 francs pour l'entretien calculé, à raison de 957 francs par an et par lit.

Comme il est impossible de trouver ces ressources dans une réduction de dépenses ou par de nouvelles taxes d'octroi, c'est à des centimes extraordinaires que M. Lampué les demande; une légère augmentation d'impôts qui bénéficiera, pour les petits loyers, des dégrèvements habituels ne grèvera que d'une très minime charge la cote de ceux qui peuvent payer. M. Lampué propose en outre de compléter cette mesure par la création d'une nouvelle maison de retraite payante de 500 lits; le prix de la pension annuelle, fixé à 1.250 francs, serait suffisant pour amortir les dépenses de premier établissement et d'entretien, évaluées à 1.000 francs par lit.

L'Assistance médicale gratuite.

A combien de reprises n'a-t-on pas déploré les difficultés pour le paysan besogneux d'obtenir les soins d'un médecin? Dès l'enquête faite à ce sujet en 1872, nous voyons plusieurs Conseils généraux attribuer en partie la dépopulation si regrettable des campagnes au défaut de secours gratuits : « Les communes, disait alors le Conseil général de l'Allier, voient chaque jour leurs habitants les quitter, parce que l'assistance n'existe pas ». Le Conseil général de la Haute-Marne ne se montrait pas moins affirmatif : « Le défaut absolu de secours, disait-il, a été une des causes les plus actives qui ont poussé vers les villes la classe laborieuse de nos campagnes. Cette dernière compare, d'un côté, les ressources de l'assistance des grandes cités, bureaux de bienfaisance, hôpitaux, hospices, sociétés de secours mutuels, et, de l'autre, l'absence de tout hôpital, de tout bureau d'assistance, de toute organisation charitable aux champs. Les résultats ont été ce qu'ils devaient être : une partie de cette population robuste et saine est venue s'étioler dans l'atmosphère des villes. C'est elle qui fournit dans la mortalité des grandes cités le chiffre de décès proportionnellement le plus élevé ».

Pour remédier à cette absence si funeste de toute assistance médicale gratuite dans les départements, on dut promulguer une loi. Certes, la charité privée soulageait déjà bien des misères et le corps médical, lorsqu'on invoquait son secours, le refusait rarement. Seulement dans les campagnes les médecins ne demeurent pas souvent à la porte du malade et le paysan, habitué à souffrir sans se plaindre, ayant d'ailleurs la conscience que tout service doit être retribué, ne se plaignait pas et recourait rarement à l'obligeance du docteur. Il fallut donc faire pour l'assistance médicale ce qu'on avait fait, il y a quelques années, pour l'instruction primaire : en établir l'obligation légale. La loi du 15 juillet 1893, en promulguant un aussi utile principe, laissa aux communes le soin d'assister les malades qui avaient chez elle leur domicile de secours et leur en imposa le devoir. Elle attribua aux départements la mission d'organiser un réseau complet d'assistance médicale et d'établir son budget. L'innovation était très belle et très philanthropique en théorie. Restait à savoir ce que donnerait la pratique. Jusqu'alors on n'avait à ce sujet que des données très vagues. Le très remarquable rapport, à la Chambre des Députés, de M. Maurice Lasserre sur le budget du Ministère de l'intérieur vient heureusement de combler cette lacune. Nous sommes heureux d'en donner un aperçu à nos lecteurs ; car la question est d'intérêt général et d'une importance considérable au point de vue de la dépopulation des campagnes. Du rapport de M. Lasserre, il résulte que tous les départements, après des tâtonnements bien naturels, ont réalisé ou préparé l'organisation qu'on attendait d'eux; les communes, en très grande majorité, ont voté les fonds nécessaires et le nombre des malades qui ont bénéficié de la loi nouvelle a été considérable. Voici les chiffres qui le démontrent. En 1895, le service de l'assistance médicale a fonctionné plus ou moins complètement dans 63 départements. Il s'est étendu dans 83 départements en 1896; et, en 1897, il est parvenu à fonctionner dans tous les départements de France, sauf un, où l'entente n'a pu s'établir encore entre le Conseil général et les médecins de la contrée.

La population des communes, où la loi a été appliquée en 1895, s'élève à 20.173.117 habitants. Celle des communes qui, avant la loi, étaient desservies par les services départementaux de la médecine gratuite, n'était que de 11.287.369 habitants. Le nombre des personnes inscrites sur les listes d'assistance a été en 1895 de 1.289.864. Le nombre des malades pauvres soignés à domicile s'est élevé à 346.879. Celui des malades pauvres soignés à domicile en 1893 avait été de 239.310. La loi du 15 juillet 1893 et son organisation pratique ont donc procuré les secours médicaux à 107,569 malheureux de plus que ne faisaient les anciens services.

La Maladie de Maupassant.

Quand l'écrivain fut conduit à la maison du Dr Blanche et confié au Dr Meuriot, ce n'était plus Maupassant. Sa raison était absolument et irrémédiablement sombrée; aucun espoir de sauver son esprit ne restait plus, et, s'il était mené là, c'était seulement pour qu'il y vécût en paix ses derniers mois de vie animale, au grand air et sans crainte d'accident. Les dernières lettres qu'il ait écrites datent de cette époque. Ces lettres sont, paraît-il, extrêmement curieuses, car elles marquent les divagations folles de l'écrivain dont l'esprit battait la campagne : sa plume allait, allait. . et de déraisonnement en déraisonnement, la pensée aboutissait à des conceptions fantastiques. Le Dr X.., ami du malade, possède quelques-unes de ces curieuses lettres et songeait même à les publier jadis, lorsque la famille s'y opposa. A la maison Blanche, Maupassant arrive donc lorsque sa raison est perdue. Les jours qui suivent son entrée dans l'asile, des artistes, des littérateurs se présentent qui souhaitent vivement le voir et se disent ses amis, ses camarades. Comme le pauvre malade est calme, on lui remet les cartes, et on lui dit : « Ce sont des amis. Ils doivent revenir, voulez-vous les recevoir? » Il repousse les cartes et murmure en secouant la tête : « Connais pas... connais pas! » Une fois le Dr Meuriot insiste pour l'un des visiteurs et ajoute : « C'est un journaliste. Voulez-vous qu'il vienne? » Alors le malade regarde avec colère la carte et répète plusieurs fois : « Bel Ami... Bel Ami. » Impossible d'obtenir autre chose ; on suppose qu'il voulait dire qu'il ne pouvait souffrir les journalistes et que *Bel Ami* en témoignait. Comme il était absolument incapable d'écouter une conversation ou de dire deux phrases, on n'insita pas et il ne vit personne. D'ailleurs, il ne tenait que des propos incohérents, ne pouvant associer ses idées. Souvent il disait : « La gare Saint-Lazare... les ingénieurs de la gare Saint-Lazare... » Et comme on voulait qu'il s'expliquât, il répétait cinquante fois encore ces mêmes mots sans qu'on pût obtenir autre chose. Il n'écrivait pas, ne lisait même pas. Une seule fois il prit une plume, une feuille de papier blanc ; on pensa qu'il allait peut-être s'exprimer. Mais il traça cinq à six mots inconnus, des syllabes accouplées sans aucune signification. Et ce fut tout! Il ne voulut point manger, les premiers temps qu'il passa chez le Dr Blanche. Il répétait : « Poison, poison... » et croyait qu'on allait l'empoisonner. Il ne touchait aux aliments que lorsque, anéanti par la fatigue, brisé, il n'avait même plus la moindre pensée en son pauvre cerveau vide ; ou il ne pensait pas, ou il pensait des folies. Par exemple, il affirmait que la vie ne lui était pas possible, *dans ce couvent de Génovéfains où on le cloîtrait*, et sans cesse il maudissait ces Génovéfains qui le tyrannisaient. Il repoussait les boissons, le lait notamment, et prétendait que c'était du... de Génovéfains. Cependant sa folie était calme. Il ne fut jamais furieux ni même méchant. Aux heures des repas seulement, il manifestait quelque mauvaise humeur et plusieurs fois frappa son gardien avec sa fourchette. Mais il se promenait dans le parc très paisiblement et semblait ne penser à rien. Jamais d'ailleurs il ne bêcha la terre ainsi qu'on l'a raconté ; il ne fit aucun travail. Quant à la vie extérieure, il ne s'en préoccupait nullement. Il ne se rappelait pas où ni comment il avait vécu ; il ne savait plus.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 7. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série* : MM. Marchand, Reclus, Ricard. — (2e *série*) : MM. Monod, Tuffier, Varnier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Tillaux, Kirmisson, Walther. — (2e *série*) : MM. Delens, Humbert, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Potain, Hayem, Déjerine.

MARDI 8. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Campenon, Maygrier, Thiery. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Ballet, Charrin. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Berger, Richelot, Hartmann, — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Marfan.

MERCREDI 9. — Médecine opératoire : MM. Reclus, Ricard, Broca. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Se-

gond, Ribemont-Dessaignes, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Terrier, Monod, Bonnaire.

JEUDI 10 — Médecine opératoire : MM. Polaillon, Hartmann, Thiery. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Rémy, Weiss. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Hutinel, Ménétrier, Achard.

VENDREDI 11. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Marchand, Walther. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Grancher, Gaucher, Widal. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Segond, Jalaguier, Delbet. — (2e *série*) : MM. Delens, Humbert, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Potain, Déjerine, Gilles de la Tourette. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Ribemont Dessaignes, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 12. — Médecine opératoire : MM. Campenon, Richelot, Nélaton. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Debove, Marfan. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Chantemesse, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Polaillon, Maygrier.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 9. — M. Schwob. Les ulcérations intestinales au cours de l'occlusion chronique. — M. Sideridis. Kystes hydrauliques de la glande mammaire. — M. Lamothe. Contribution à l'etude de l'ostéomyélite des jeunes enfants.

JEUDI 10. — M. Audebal. De l'épididymectomie dans la tuberculose testiculaire. — M. Kheifetz. Sur les fausses grossesses et fausses tumeurs hystériques. — M. Villechauvaix. Cervantes malade et médecin. — M. Cotard. Des indications thérapeutiques des sels de quinine tirées de leurs propriétés vaso-motrices. — M. Bohn. Les longues rémissions de la dyspnée toxi-alimentaire dans les cardiopathies artérielles.

Enseignement médical libre.

Institut Psycho-Physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts. *Cours et Conférences du semestre d'hiver* 1897-1898. — Jeudi 10 mars, à 5 heures, M. le Dr BÉRILLON : *La psychologie de la vision et l'évolution de la fonction visuelle* (démonstrations des Rayons de Rœntgen, par le Dr Daginæcourt). — Jeudi 17 mars, à 5 heures, M. le Dr Henry LEMESLE : *Les aliénés criminels.* — La plupart des conférences seront accompagnées de présentations de malades, de démonstrations cliniques de psychothérapie, de démonstrations expérimentales et de présentations d'appareils.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Pietro PAGELLO (de Bellune).

M. le Dr Pietro PAGELLO vient de mourir à l'âge de 91 ans, à Bellune (Italie).

Tous les médecins savent aujourd'hui que le titre de gloire de Pagello est simplement d'avoir été l'amant de George Sand.

Nous avons jadis, dans ce journal même, consacré à ce confrère plusieurs articles (1). Nous ne reviendrons donc pas sur son histoire et ses aventures bien connues; mais nous avons tenu à signaler à cette place la disparition de cet homme, qui a joué un rôle si extraordinaire, à un moment donné, dans le petit monde de nos littérateurs de génie.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 20 au samedi 26 fevrier 1898, les naissances ont été au nombre de 1.323, se decomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 469, illégitimes, 215. Total, 684 — *Sexe féminin* : légitimes, 469, illegitimes, 215. Total, 639.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 20 au samedi 26 février 1898, les décès ont éte au nombre de 988, savoir : 520 hommes et 468 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 1. T. 2. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0. T. 0. — Rougeole : M. 8, F. 12, T. 20. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 3, F. 2. T. 5. — Diphterie, Croup : M. 7, F. 2, T. 9. — Grippe : M. 10, F. 12, T. 22. — Phtisie pulmonaire : M. 131, F. 76, T. 207. — Méningite tuberculeuse : M. 8, F. 10, T. 18. — Autres tuberculoses : M. 24, F. 13, T. 37. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 26, T. 46. — Méningite simple : M. 14, F. 13, T. 27. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 24, F. 19, T. 43. — Paralysie, M. 5, F. 3, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 8, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 21, F. 26, T. 47 — Bronchite aiguë : M. 12, F. 4, T. 16. — Bronchite chronique : M. 14, F. 17, T. 31. — Broncho-pneumonie : M. 21, F. 35, T. 56. — Pneumonie : M. 27, F. 18, T. 45. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 22, F. 22, T. 44. — Gastro-entérite, biberon : M. 11, F. 7, T. 18. — Gastro-entérite, sein : M. 1, F. 4, T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 13, F. 16. — T. 29. Sénilité : M. 14, F. 27, T. 41. — Suicides : M. 10, F. 8, T. 18. — Autres morts violentes : M. 4, F. 9, T. 13. — Autres causes de mort : M. 36, F. 66, T. 152. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 5, T. 13.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 88, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 24, illégitimes, 22. Total : 46. — *Sexe féminin* : légitimes, 34, illégitimes, 8. Total : 42.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — *Physiologie.* — M. le Pr DASTRE traitera des fonctions de relation les lundis à 5 heures et les mercredis à 10 heures (à partir du mercredi 2 mars). Les expériences qui ne trouveront point place dans la leçon seront reproduites dans les conférences qui auront lieu chaque mardi, de 1 à 3 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Ouverture des cours.* — *Conférences sur les maladies de la peau.* M. GAUCHER, agrégé, commencera ces conférences le dimanche 6 mars 1898, à 10 heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure. Objet du cours : *Dermatoses parasitaires.*

Conférences de Pathologie interne. — M. ACHARD, agrégé, commencera ces conférences le dimanche le lundi 7 mars 1898, à 5 heures (petit amphithéatre de la Faculté), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Conférences d'Histologie. — M. RETTERER, agrégé, commencera les conferences d'histologie le lundi 7 mars 1898, à 5 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Conférences de Physiologie. — M. GLEY, agrégé, commencera ces conférences le samedi 12 mars 1898, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Chaire de clinique obstétricale. — Notre collaborateur et ami, M. le Dr BUDIN, professeur agrégé des Facultés de Médecine, est nommé professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris. Nous lui adressons toutes nos félicitations. — La Faculté de Médecine avait proposé pour cette chaire de clinique obstétricale : en première ligne, M. le Dr Budin, en seconde ligne; M. Ribemont-Dessaignes, en troisième ligne, M. Maygrier.

Chef des travaux anatomiques. — Le concours pour la place de chef des travaux anatomiques s'est terminé par la nomination de notre ami M. RIEFFEL, chirurgien des hôpitaux. — Toutes nos félicitations.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. MOUSSOUS, agrégé des Facultés de Médecine, est nommé professeur de clinique médicale des maladies des enfants à la Faculté de Bordeaux. — M. Rondot, agrégé libre, est chargé jusqu'à la fin de l'année scolaire 1897-1898, d'un cours complémentaire de pathologie interne. — La chaire de pathologie interne de la Faculté de Médecine de Bordeaux est supprimée. Il est crée une chaire de clinique médicale des maladies des enfants à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. HAMELIN, professeur de therapeutique et matiere médicale à la Faculté de Medecine de Montpellier est nommé assesseur du doyen de ladite Faculte. — M. GRYNFELTT (Edouard), bachelier ès lettres et ès sciences, est charge, du 1er mars au 30 octobre 1898, des fonctions de chef des travaux d'histologie, en remplacement de M. [illegible], decedé.

ECOLE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — Un congé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1897-1898, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Chapplain, professeur de pathologie externe et médecine opératoire. — M. ROUX, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstetricale, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1897-1898, d'un cours de pathologie externe et médecine operatoire.

ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Concours d'admission.* — Un concours s'ouvrira, le 1er juillet 1898, pour l'admission à l'Ecole du service de santé militaire etablie près la Fa-

(1) Baudouin (M.). — *Les Médecins amants.* — *Progrès médical*, 1896, 14 nov., no 46, 391-392; 1897, 3 s., V, p. 12.

culté de Médecine de Lyon. Peuvent y prendre part les étudiants en Médecine ayant quatre inscriptions (nouveau régime) valables pour le doctorat et ceux munis de huit inscriptions au moins (ancien régime) valables pour le doctorat et ayant subi avec succès le premier examen de doctorat. Ils doivent préalablement justifier qu'ils sont Français ou naturalisés Français et qu'ils ont eu, au 1er janvier de l'année du concours, moins de vingt-trois ans. Neanmoins, les sous-officiers, caporaux ou brigadiers et soldats, qui auront accompli au 1er juillet six mois de service réel et effectif, sont autorisés à concourir, pourvu qu'ils n'aient pas dépassé l'age de vingt-cinq ans à cette même date et qu'ils soient encore sous les drapeaux au moment du commencement des épreuves. Les élèves entrants font partie, à l'Ecole, sans exception aucune, de la quatrième division, quel que soit le nombre réel de leurs inscriptions. Les épreuves écrites auront lieu, les 1er et 2 juillet, dans les villes suivantes : Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours. Les épreuves orales auront lieu : à Paris, (le 1er août), à Lille (le 8 août), à Nancy (le 12 août), à Lyon (le 17 août), à Montpellier (le 22 août), à Toulouse (le 25 août), à Bordeaux (le 30 août), à Rennes (le 3 septembre). Le registre d'inscription sera ouvert du 16 mai au 11 juin 1898, dans la préfecture de chaque département. Les demandes de bourses devront y être déposées pendant la même période par les parents ou tuteurs des candidats.

Ecole de Médecine d'Alger. — Le concours pour une place de professeur suppléant des chaires de pathologie externe, à l'Ecole de médecine d'Alger, s'est terminé par la nomination de M. le Dr Ernest Goinard.

Missions scientifiques. — En Abyssinie, la mission scientifique française dirigée par notre ami, M. le Dr Wurtz, était le mois dernier à Harrar, en route pour Addis-Abeba. La mission scientifique française venait d'arriver à Harrar, quand la mission russe s'y est présentée.

Service de santé militaire. — *Réserve.* — Nominations au grade de médecin principal de 1re classe : M. Breton, médecin principale de 1re classe de l'armée active, retraité. — Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Faucillon, Leflaive, Lombard, Pagliano, Reymond et Fuzerot, médecin-major de 2e classe de l'armée active, démissionnaire. — Au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. Adam, Belloir, Bonnafé, Boulay, Caussade, Charron, Chevalier, Copin, de Coquet, Dauvergne, Demay, Dubut, Du Fayet de la Tour, Duret, Grenet, Jolly, Kempff, Larger, de Lauradour, Martin, Pactet, Pic, Pierrot, Pognon, Prost, Riche, Saucerotte, Ségéré, Simon, Thiébault, Tournadoure, Toussaint, Vaton, Zilgien, Gasser ; Giorgi et Simonot, médecins aides-major de 1re classe de l'armée active, démissionnaires. — Au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. les Drs Archambaud, Aubain, Auge, Aumont, Auscalet, Azémar, Babon, Baumgarten, Bauzan, Bernard, Biard, Billiard, Blanchard, Blivet, Blois, Bois, Bonnaud, Bonnes, Bonnilay, Bonvarlet, Bonzon, Borel, Boucher, Boullenger, Boulogne, Baurdicaud-Dumay, Breton, Briais, Buyck, Cache, Carlet, Cazal, Chapard, Chastanet, Chazalon, Cheynet, Clavey, Cordebart, Courtois, Crouzet, Cuenod. Daclin, Daniel, Dassonvile, Deglaire, Dehainc, Delanglade, Delthil, Demantke, Denys, Deriaud, Derocque, Dubois, Duclion, Ducloy, Dupeu, Duplessis, Dupretz, Ernoul, Fanton-d'Andon, Fleury. Follet, Frère, Gary, Gayet, Gérardin, Gesland, Gossart, Gosselin, Gravier, Guéneau, Guérin, Guilbaud, Guillaume, Hahn, Héron de Villefosse Imbert, Juge, Jullien, Latruffe, de Lorgeril, Michel, Penne, Petit, Poulain, Raoust, Savatier, Tallet, Vadon, Vaissier et Vidal.

Armée territoriale. — Nominations au grade de médecin principal de 2e classe : M: Alphant, médecin de 1re classe de l'armee active, retraité, Berger, Doubre, Bertele, Mangenot, médecin principal de 2e classe de l'armée active, retraité. — Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Bergonié, Brun, Colleville, Merklen, Quénu, Rémy, Reynier, Rhomer, Ricard, Richer, Rumen, Schmit, Simon, Chatain, Margantin, Pau de Saint-Martin, médecin-major de 1re classe de l'armee active, retraité. — Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Barrès; Bataille, Dausse, Demandre, Doré, Duhamel Dupasquier, Duteitre, Gaillemin, Gélis, Hanriot, Obissier, Ringuet, Rocher, Herr et Jouet, médecin-major de 2e classe de l'armée active, démissionnaire. — Au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. Armand, Arnaud, Audié, Barral, Baude, Baudry, Boley, Borry, Bosselut, Boudard, Bresse, Caral. Cart, Charbonneaux, Chevassu, Colson, Cosserat, Dalché de la Rive de Desplanels, Delacroix, Delbet, Deleage, Delobel, Delporte, Derville, Devillebichot, Doerir, Dremmon, Dubois, Dubus, Ducrochet, Ducuron, Dupré, Dutil, Edouard dit Champion. Emery-Desbrousses, Fauvelle, Fillioux, Fourrier, Guillard, Galibert, Gannet, Garnier, G, Paumé, P. Gaumé, Guyard, Guyot, d'Haussy, Henry, Heurtault, d'Hôtel, Jacquemart, Jacquin, Kœnig, Lanselle, Lehmann, Luquet, Malet, Médard, Mettas, Molliet, Maurice, Morin, Mugnier-Motta, Noel, Parelle, Pellgtier, Perinelle, Plique, Prautois, Reboul, Renson, Rigaux, Robin, Roché, Rosière, Saint-Martin, Saladin, Schurrer, Senique, Servage, Sirot, Surer, Thiéry, Trichet, Vaille, Vassal, Vautier et Vernet.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les Drs Didsburg, dentiste des hôpitaux de Paris. Dignat, secrétaire de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques à Paris. Dupré, médecin inspecteur des écoles du XXe arrondissement, à Paris. Durand, médecin de l'état-civil de la commune d'Arcueil-Cachan (Seine). Encausse, connu sous le nom de Papus, à Paris. Esménard, pharmacien à Paris. MM. les Drs Fournier, publiciste scientifique, à Paris. Issaurat, membre de la commission scolaire du IXe arrondissement de Paris, médecin du dispensaire pour les enfants. Maréchal, professeur à la Société des Secouristes français, à Paris. Ménard, membre du bureau d'administration au collège de Vitry-le-François. Morice, publiciste scientifique, à Paris. Moutard-Martin, médecin de la Bibliothèque nationale. Nitot, lauréat de la Faculté de Médecine, à Paris. Piéchaud, médecin inspecteur des écoles du VIe arrondissement, à Paris. Progey, médecin des postes et des télégraphes, vice-secrétaire de l'Association des médecins de France, à Paris. Planès, médecin de la crèche Sadi-Carnot et du bureau de bienfaisance du IIe arrondissement, à Paris. Privat, chirurgien-dentiste de l'école coloniale et de l'école d'application de Fontainebleau. Reulos, maire de Villejuif (Seine), médecin-inspecteur des écoles. Richard, médecin-inspecteur des écoles du Ier arrondissement de Paris, médecin de la crèche et du bureau de bienfaisance. Rubé, médecin-inspecteur des écoles du XVIIe arrondissement à Paris. Takvorian, à Paris. Tissot, médecin-pharmacien, professeur à l'ecole dentaire, à Paris. Toupet, médecin des hôpitaux, à Paris. Mme Tourangin, médecin du lycée Fénelon et de l'école normale d'institutrices de la Seine. MM. les Drs Wurtz, chimiste, pharmacien à Paris, publiciste scientifique et Yvon, médecin-inspecteur des crèches, médecin du dispensaire scolaire du XIIe arrondissement, à Paris, professeur à l'Union des Femmes de France.

Sont nommés *Officiers d'Académie* : MM. les Drs Audollent, publiciste à Paris. Barbarin, médecin-inspecteur des écoles du XIXe arrondissement de Paris. Barthelat, pharmacien à Paris, lauréat à l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris. MM. les Drs Benoit, rédacteur en chef chirurgical de la *Revue thérapeutique*, à Paris. Bérard, médecin de l'hospice des Quinze-Vingts, à Paris. Besnier, chirurgien-médecin de l'Imprimerie nationale. Bidel, dit Paul Talber, pharmacien, à Paris. MM. les Drs Bonnard, médecin du dispensaire du Xe arrondissement de Paris. Carpentier-Méricourt, médecin-inspecteur des écoles, à Paris. Cautru, chargé de cours aux dames infirmières de la Croix-Rouge, à Paris. Charlat-Linarix, médecin de la société de secours mutuels des voyageurs de commerce, à Paris. Chatenet, médecin de l'association de prévoyance de la Préfecture de Police. Chenet, médecin-inspecteur des écoles vice-président de la commission d'hygiène, à Paris. Chevassu, médecin principal de l'armée. Cournétou, médecin-inspecteur des écoles et des chemins de fer de l'Etat, à Paris. Courtin, professeur à l'Union des Femmes de France, à Paris. Critzman, médecin à Paris, moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique. Dubreuil, médecin de plusieurs sociétés de secours mutuels, à Paris. Duchastelet, professeur à l'Union des Femmes de France, à Paris. Ducourneau, médecin-vétérinaire, administrateur du bureau de bienfaisance du XIe arrondissement, à Paris. Duloroy, membre de diverses sociétés savantes, à Paris. Dumouthiers, pharmacien à Paris, lauréat de l'Ecole de Pharmacie de Paris. MM. les Drs Duvau, ancien médecin de la marine, à Paris. Elie, chirurgien-dentiste, professeur d'hygiène, a Paris. Favreau, médecin des associations de la presse parisienne. Gapin, médecin attaché au dispensaire du XIe arrondissement, publiciste scientifique. Gelineau, secrétaire général de la société contre l'abus du tabac. Geoffrion, pharmacien à Paris. Gerson, médecin du bureau de bienfaisance du IVe arrondissement de Paris, médecin-inspecteur des écoles, lauréat de l'Académie de Médecine. Gougelet, médecin du bureau de bienfaisance du Xe arrondissement de Paris. Héan, publiciste scientifique, à Paris. Henry et de Launay, médecin des dispensaires du XVIIe arrondissement, a Paris. Hérard, membre de la Société d'hydrologie, à Paris. Josset, pharmacien, à Paris. MM. les Drs Kalt, médecin de la clinique des Quinze-Vingts, à Paris. Lalay, pharmacien, lauréat de l'Ecole de Pharmacie, préparateur des travaux pratiques à l'Ecole supérieure de Pharmacie, à Paris. Lafond, médecin de l'Association amicale et de prévoyance de la Préfecture de Police. Laloy, médecin-inspecteur des écoles du XXe arrondissement de Paris. Le Goff, professeur à l'école Boille, a Paris. Legros, ancien médecin-inspecteur des écoles. Lemière,

chirurgien-dentiste, à Paris, membre de l'Ecole dentaire. Luyt, professeur à l'association des Dames françaises, médecin à Neuilly-sur-Seine. Macé, publiciste à Paris. Maire-Amero, vice-président de la société la Dotation de la jeunesse de France. Merle, ancien répétiteur au lycée Saint-Louis. Michaux, médecin-inspecteur des écoles, à Paris. Monfet, pharmacien-chimiste, à Paris. Martin, publiciste scientifique, à Paris. Marx, médecin du bureau de bienfaisance du IIe arrondissement, à Paris. Mathieu, administrateur de la caisse des écoles, à Paris. Noir, secrétaire général de l'*Union des Syndicats médicaux de France*. Ollier, à Paris. Pelaprat, médecin-inspecteur du XVIIIe arrondissement, à Paris. Pêtre, médecin-adjoint des postes et des télégraphes Potin, publiciste scientifique, à Paris. Preudhomme, pharmacien professeur à l'Union des Femmes de France, à Paris. Renault, médecin-adjoint des établissements pénitentiaires de la Seine. Rivet, publiciste, à Paris. Roché, à Châtel-Censoir (Yonne). Rousseau-Langwelt, pharmacien, à Paris. MM. les Drs Sarremone, à Paris. Valois, publiciste scientifique, à Paris. Vaudremer, lauréat de l'Institut, à Paris. Vernade, pharmacien-chimiste, à Paris, publiciste scientifique. Viellard, pharmacien du dispensaire du IXe arrondissement de Paris. MM. les Drs Villemin, à Paris. Voiry, membre des sociétés de pharmacie, de médecine et de chirurgie, à Paris. Ward, médecin de la maison de Nanterre et de la police municipale. Weil, publications scientifiques, à Paris. Weil, médecin du bureau de bienfaisance du XVIe arrondissement de Paris. Wilhelm, médecin de la manufacture nationale des Gobelins. Willette, médecin de l'état-civil du XVIIIe arrondissement de Paris. Woehling, conseiller municipal à Clamart (Seine), professeur à l'association des Dames françaises. Zibelin, médecin du bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement de Paris.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — Questions orales données à la dernière séance : *Artère axillaire; Zona.* A la suite de cette séance, une épreuve supplémentaire a eu lieu entre les trois candidats qui avaient obtenu le maximum des points, soit : 46 1/2. Questions proposées : *Eléments figurés du sang; Signes diagnostiques de la grippe.*

Concours de Médecine. — Le jury définitif est composé de MM. Proust, J. Simon, Talamon, Roger, Du Castel, G. de la Tourette, Gérard-Marchant. — Les candidats du concours qui doit s'ouvrir le 7 mars pour la nomination à trois places de Médecin des hôpitaux et hospices de Paris sont : MM. Achalme, Apert, Auscher, Aviragnet, Beaumé, Belin, Berbez, Bergé, F. Bezançon, Boix, Boulloche, Brodier, Bruhl, Capitan, Charcot, Charrier, Coffin, de Grandmaison, de Massary, de Saint-Germain, Dufour, Du Pasquier, Dupré, Enriquez, Ettlinger, Fournier, Gallois, Gasne, Gouget, Hallion, Hudelo, Hulot, Kahn, A. Lafitte, Lamy, Legry, Leredde, Lévi, Londe, G.-R. Lyon, Macaigne, Mongin-Bocquet, René Marie, Méry, Meunier, Michel, Nageotte, Papillon, Parmentier, Péron, Phulpin, Pignol, Pilliet, Plicque, Potier, Renault, Roubinowitch, Sallard, Sée, Sergent, Sottas, Soupault, Souques, Springer, Teissier, Thérèse, Thiercelin, Thiroloix, Tissier, Tollemer, Triboulet, Veillon, Weber, Zuber.

Concours de Chirurgie. — Les candidats du concours qui doit s'ouvrir le 17 mars pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices de Paris sont : MM. Auvray, Banzet, Benoît, Bouglé, Brodier, Cazin, Chipault, Clado, Delbet, Genouville, Glantenay, Jayle, Launay, Longuet, Mayet, Mignot, Michon, Morestin, Peraire, Reblaud, Raymond, Riche, Soulignoux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Le Dentu, Walther, Reynier, Richelot, Lannelongue, Reclus, Balzer.

Accoucheurs des Hôpitaux. — Par suite de la nomination de M. Budin, comme professeur de Clinique obstétricale, à partir du 1er mars 1898, M. Budin passe de la Maternité à la Clinique Tarnier ; M. Porak de la Charité à la Maternité ; M. Maygrier de Lariboisière à la Charité ; M. Bonnaire de Tenon à Lariboisière ; M. Boissard est placé à Tenon ; M. Lepage à la Pitié.

HÔPITAUX DE ROUEN. — M. le Dr JEANNE est nommé chirurgien-adjoint des hôpitaux de Rouen.

L'INFLUENZA EN FRANCE. — Le grand séminaire de Châlons-sur-Marne vient d'être licencié. Presque tous les élèves sont atteints de l'influenza.

ROUGEOLE ET SCARLATINE. — *Une épidémie dans la garnison de Tours.* — Depuis une huitaine de jours, les troupes de la garnison sont très éprouvées par une violente épidémie de rougeole et de scarlatine. Les maladies sévissent surtout au 66e de ligne et au 3e régiment de cuirassiers. Dans ces deux régiments, quelques décès se sont déjà produits et une centaine d'hommes sont en traitement à l'hôpital. Un nombre presque égal est à l'infirmerie. On n'a pas encore eu à déplorer de décès au 32e de ligne où plusieurs hommes sont atteints de fièvre scarlatine. L'autorité militaire va prendre des mesures énergiques pour enrayer l'épidémie. Elle serait même disposée, dit-on, à envoyer tous les hommes valides au camp de Ruchard, malgré la mauvaise saison.

VARIOLE EN ANGLETERRE. — Une épidémie de petite vérole, semblable à celle de Maidstone, s'est déclarée à Middleborough. Il y a jusqu'ici six cent dix cas. Cent dix malades ont été transportés à l'hôpital.

LE PARISIEN DE PARIS. — Sous ce titre, M. Léon Maillard, publie un journal hebdomadaire illustré, consacré plus particulièrement à la défense de tous les intérêts de Paris. Nous le signalons à l'attention de nos lecteurs.

NECROLOGIE. — Dans le naufrage du *Flachat* a péri le médecin du bord, M. Emile TROSSAT. — M. le Dr E. FLEUROT, du Val-d'Ajol (Vosges). — M. le Dr LECLERCQ, de Vic-sur-Seille (Lorraine). — M. le Dr Victor PETIT (de Rouen), qui vient de succomber en quarante-huit heures, à la diphtérie contractée au chevet de quatre enfants pauvres. — M. le Dr Ch.-Em. WITZ, petit-fils d'Oberlin, qui vient de mourir au Waldersbach (Alsace), à l'âge de 83 ans. Il avait fait à Strasbourg à la fois ses études médicales et théologiques. Il demeurait au Ban-de-la-Roche. — M. le Dr BRAUGIER (de Breloux) — M. le Dr GARRET (de Paris). — M. le Dr HAVAGE (de Paris). — M. le Dr PAILHAS (de Saint-Antonin). — M. le Dr SÆNGER, ancien professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de Médecine de Groningue. — M. le Dr Max PODACK, privatdocent de médecine interne à la Faculté de Médecine de Kœnigsberg. — M. le Dr A. LOVE, professeur de physiologie à l'Atlanta Medica College.

AVIS A NOS ABONNÉS

Ceux de nos abonnés qui ont égaré des numéros sont priés de nous les réclamer avant fin mars, en joignant leur bande.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — *Conférences cliniques sur les maladies nerveuses.* — M. le Dr BABINSKI, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques le samedi 5 mars 1898, à 10 h. 1/4 du matin et les continuera les samedis suivants à la même heure.

HÔPITAL BROCA, 111, rue Broca. — *Leçons cliniques de Gynécologie.* — M. le Dr S. POZZI, vendredi à 10 heures du matin. — Le mercredi, de 9 à 10 heures, démonstrations d'*Histologie pathologique* (Gynécologie), par le Dr LATTEUX, chef du laboratoire de l'hôpital Broca. Lundi et mercredi, à 10 h., opérations.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL TROUSSEAU. — M. KIRMISSON. Leçons cliniques les mardis et samedis, à 10 heures.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses.* — M. le Pr RAYMOND : Mardi, présentation, examen des malades ; — Vendredi, leçon clinique de 10 à 11 heures. —M. le Dr DÉJERINE : leçons cliniques sur les maladies nerveuses, le jeudi, à 5 heures. Le mercredi matin, à 9 h. 1/4, examen des malades de la consultation externe. Le cours a lieu dans la salle de la consultation externe.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr BAZY, consultations pour les maladies des voies urinaires (reins, vessie, etc.), les mardis, jeudis et samedis à 9 h. 1/2. — M. HALLOPEAU. *Maladies cutanées et syphilitiques*, salle des conférences, le dimanche, à 9 h. 1/2.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. VII. N° 11. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 12 MARS 1898.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Statistique des opérations pratiquées à l'Hôpital Bichat *(Service des consultations et service hospitalier)* **pendant l'année 1897** *(suite)* (1).

par **Félix TERRIER**,
Chirurgien de l'Hôpital Bichat, Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Paris.

2e SÉRIE. — VIII : 1897.

B. — STATISTIQUE DES OPÉRATIONS FAITES A L'HÔPITAL BICHAT, PENDANT L'ANNÉE 1897 ; avec l'aide de mon assistant, le Dr H. HARTMANN, chirurgien des hôpitaux et agrégé de la Faculté de Médecine ; de M. le Dr A. GUILLEMAIN, chirurgien des hôpitaux ; et de MM. CHAUVEL, FREDET, GUINARD et CHAUVEAU, internes du service.

1° *Opérations pratiquées sur les yeux.*
(17 opérations. — 0 mort).

13 cataractes séniles. Extraction avec iridectomie. — 13 guérisons.
2 énucléations pour atrophie du globe oculaire. — 2 guérisons.
2 trépanations de l'os lacrymal pour fistules lacrymales. — 2 guérisons.

2° *Opérations sur le crâne et la face.*
(59 opérations. — 2 morts).

10 plaies de tête, sutures. — 10 guérisons.
2 plaies du crâne par balles de revolver, 2 extractions de balles. — 2 guérisons.
1 division congénitale de la voûte et du voile du palais. Uranostaphylorrhaphie. — 1 guérison.
1 autoplastie pour cicatrices de brûlures de la face. — 1 guérison.
11 suppurations péri-maxillaires : 5 périostites du maxillaire, 4 adéno-phlegmons, 1 phlegmon du plancher buccal, 1 angine de Ludwig. Incisions, avulsions de dents, etc. — 11 guérisons.
2 séquestres du maxillaire. Ablation. — 2 guérisons.
2 abcès du sinus maxillaire. Trépanation. — 2 guérisons.
1 kyste du maxillaire supérieur. Incision, grattage. — 1 guérison.
3 épithéliomas de la langue : 2 ablations par voie sus-hyoïdienne. 1 guérison, 1 mort. — 1 ablation par les voies naturelles — 1 guérison.
1 kyste dermoïde de la queue du sourcil. Ablation. — 1 guérison.
1 ostéome du maxillaire inférieur. Ablation. — 1 guérison.
5 épithéliomas de la face. 5 ablations : 2 avec autoplastie immédiate, 1 avec autoplastie secondaire. — 5 guérisons.
15 évidements pétro-mastoïdiens dont : 7 pour otite scléreuse, 7 pour suppuration, 1 pour polype de la caisse. — 14 guérisons, 1 mort.
1 myringite aiguë. Paracentèse du tympan. — 1 guérison.
1 grenouillette sus-hyoïdienne : ouverture et excision partielle par la voie buccale. — 1 guérison.
1 angine phlegmoneuse. Incision. — 1 guérison.
1 epistaxis. Tamponnement. — 1 guérison.

3° *Opérations sur le cou.*
(23 opérations. — 0 mort).

1 plaie pénétrante sus-hyoïdienne. Sutures. — 1 guérison.
7 adéno-phlegmons du cou. Incision. — 7 guérisons.
6 adénites tuberculeuses du cou. Ablation, curettage. — 6 guérisons.
1 kyste thyro-hyoïdien suppuré. Incision. — 1 guérison.
2 anthrax de la nuque. Incisions multiples au thermocautère. — 2 guérisons.

(1) *Progrès médical*, n° 10.

1 néoplasme du larynx. Trachéotomie. — 1 guérison opératoire.
1 lipome du cou. Ablation. — 1 guérison.
1 goitre folliculaire. Ablation. — 1 guérison.
1 épithélioma ganglionnaire sus-hyoïdien. Ablation. — 1 guérison.
1 cancer du pharynx. Ligature de la carotide externe. — 1 guérison opératoire.

4° *Opérations sur le thorax et la colonne vertébrale.*
(30 opérations. — 5 morts).

1 anthrax du dos. Incisions multiples au thermocautère. — 1 guérison.
1 anthrax de la région lombaire. Incision au bistouri. — 1 guérison.
2 abcès du sein. Incision. — 2 guérisons.
1 pleurésie purulente diaphragmatique. Résection costale. — 1 mort.
2 pleurésies purulentes. 2 pleurotomies. — 2 morts.
4 tuberculoses costales suppurées. 4 résections costales. — 4 guérisons.
1 abcès froid pré-sternal. Incision. Evidement osseux. — 1 guérison.
1 hématome suppuré de la région sacro-coccygienne. Incision. — 1 guérison.
5 abcès par congestion ; suites de mal de Pott : 4 incisions, grattage. 4 guérisons. — 1 injection de glycérine iodoformée après ponction. — 1 mort.
2 ablations de ganglions tuberculeux de l'aisselle. — 2 guérisons.
6 ablations du sein pour cancer. — 6 guérisons.
1 kyste hydatique du poumon chez une tuberculeuse. — 1 mort.
1 fistule broncho-cutanée. Résection costale, cautérisation, tamponnement. — 1 guérison opératoire.

5° *Opérations sur l'abdomen.*
(156 opérations. — 21 morts).

38 cures opératoires de hernies inguinales, dont 1 avec ignipuncture ovarienne concomitante, et 1 ablation d'un kyste du cordon. — 38 guérisons.
10 kélotomies pour hernies inguinales étranglées. — 8 guérisons. 2 morts.
6 cures opératoires de hernies crurales. — 6 guérisons.
8 kélotomies pour hernies crurales étranglées. — 7 guérisons. 1 mort.
3 cures opératoires de hernies épigastriques. — 3 guérisons.
1 kélotomie pour hernie ombilicale étranglée. — 1 guérison.
2 cures opératoires d'éventrations. — 2 guérisons.
1 laparotomie pour plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau. Résection de l'épiploon. — 1 guérison.
1 laparotomie pour plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu. Perforation de la rate, plaie de l'estomac. Splénectomie. — Encore en traitement, voie de guérison.
1 laparotomie pour plaies multiples de l'abdomen chez un malade cachectique (tentative de suicide). — 1 mort.
1 laparotomie pour contusion de l'abdomen, rupture de l'intestin. — 1 mort.
2 laparotomies exploratrices pour cancer de l'estomac. — 2 guérisons opératoires.
1 laparotomie pour ulcère perforant du duodénum avec péritonite. — 1 mort.
2 laparotomies pour occlusion intestinale. — 1 guérison. 1 mort.
1 laparotomie exploratrice pour cancer de l'intestin (Le malade est mort 3 mois après de cachexie progressive.) — 1 guérison opératoire.
6 laparotomies exploratrices pour affections du foie. — 5 guérisons, 1 mort.
4 laparotomies pour péritonites bacillaires. — 2 guérisons. 2 morts.
1 pylorectomie pour cancer du pylore. — 1 guérison.
1 gastrectomie pour cancer des deux faces de l'estomac. — 1 guérison.
10 gastro-entérostomies antérieures [illegible] — 8 guérisons. 2 morts. — 7 pour cancer avec dilatation secondaire ; [illegible] pour [illegible] de l'estomac [illegible] la perforation [illegible] paroi. Suture de la perforation et invagination dans la

cavité stomacale ; 1 sténose pylorique consécutive à ulcère.
3 gastrostomies — 1 guérison. 2 morts.
2 résections du côlon pour cancer. — 1 guérison 1 mort.
7 incisions pour appendicites suppurées. — 7 guérisons.
3 incisions pour appendicites suppurées. Résection de l'appendice. — 3 guérisons.
2 incisions pour appendicite perforée avec péritonite généralisée. — 2 morts.
7 résections à froid de l'appendice. — 7 guérisons.
4 anus iliaques pour cancer du rectum. — 4 guérisons opératoires. (Un seul des malades a été suivi ; il est mort au bout de sept mois).
1 anus cæcal chez un sujet auquel on avait fait une résection de l'appendice et qui était atteint de péritonite bacillaire. — 1 mort.
1 splénectomie pour kyste hydatique de la rate. — 1 guérison.
3 ouvertures de kystes hydatiques du foie suppurés, avec fixation de la poche à la paroi. — 1 guérison 2 morts.
1 cholécystentérostomie pour néoplasme du pancréas. — 1 guérison
1 cholécystotomie pour calcul biliaire. — 1 mort.
1 ablation de kyste hydatique de la paroi abdominale. — 1 guérison.
1 ablation de lipome de la paroi abdominale. — 1 guérison.
1 incision et tamponnement d'un kyste hydatique du petit bassin. — 1 guérison.
1 incision pour péritonite enkystée rétrovésicale. — 1 guérison.
1 incision pour péricolite gauche. — 1 guérison.
1 incision d'abcès sous-diaphragmatique. — Malade parti chez lui vingt-trois jours après l'opération, mais dans un état déplorable
1 incision pour adénite inguinale suppurée. — 1 guérison.
1 incision pour phlegmon de la paroi abdominale. — 1 guérison.
1 incision et curettage pour fistule inguinale, suite de cure radicale. — 1 guérison.
2 incisions et curettages pour fistules lombaires. 1 suite de néphrotomie, 1 suite de néphrectomie. — 2 guérisons.
10 incisions et curettages de fistules abdominales consécutives à des sutures de la paroi abdominale (fils). — 10 guérisons.

6° *Opérations sur l'anus et le rectum.*
(59 opérations. — 0 mort).

9 dilatations de l'anus. — 9 guérisons.
22 fistules anales. — 22 guérisons.
12 abcès péri-ano-rectaux. Incision. — 12 guérisons.
8 ablations d'hémorroïdes. — 8 guérisons.
1 ablation du papillome anal. — 1 guérison.
1 ablation d'ulcération ano-rectale. — 1 guérison avec rétrécissement cicatriciel.
1 autoplastie pour rétrécissement cicatriciel de l'anus. — 1 guérison.
1 fixation à la fosse iliaque du méso de l'anse ω pour prolapsus du rectum. — 1 amélioration.
2 ablations de prolapsus rectaux. — 2 guérisons.
1 rectotomie pour rétrécissement du rectum avec fistule. — 1 guérison.
1 extirpation partielle du rectum pour rétrécissement avec fistule. — 1 guérison.

7° *Opérations sur les organes génitaux de la femme.*
(93 opérations. — 17 morts).

11 ablations bilatérales des annexes pour lésions suppurées. — 11 guérisons.
7 ablations bilatérales des annexes pour lésions non suppurées. — 7 guérisons.
3 ablations unilatérales des annexes pour lésions suppurées. — 2 guérisons. 1 mort.
7 ablations unilatérales des annexes pour lésions non suppurées. — 7 guérisons
6 laparotomies pour hématocèle pelvienne. — 5 guérisons. 1 mort.
1 laparotomie pour pelvi-péritonite suppurée (infection puerpérale). — 1 mort.
1 laparotomie pour péritonite avec ascite et kyste inclus dans le ligament large. — 1 mort.
8 ovariotomies pour kystes ovariques. — 8 guérisons.
1 ovariotomie pour kyste dermoïde de l'ovaire. — 1 guérison.
1 ovariotomie pour cancer bilatéral des ovaires et généralisation péritonéale. — 1 mort.
2 raccourcissements intra-abdominaux des ligaments ronds. — 2 guérisons.
1 raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds et hystéropexie. — 1 guérison.
3 ablations de kyste du ligament large. — 3 guérisons.
48 hystérectomies abdominales totales :
20 pour fibromes. — 15 guérisons. 5 morts.
3 pour fibromes et salpingites suppurées. — 2 guérisons 1 mort.
1 pour kystes des ovaires récidivés dans les ligaments larges. — 1 mort.
14 pour salpingites doubles suppurées. — 14 guérisons.
1 pour salpingite double suppurée avec réfection de l'appendice adhérent. — 1 guérison.
2 pour salpingite double non suppurée. — 2 guérisons.
1 pour métrite avec rétroversion adhérente. — 1 guérison.
1 pour métrite hémorragique récidivante. — 1 guérison.
3 pour cancer de l'utérus. — 3 guérisons.
1 pour récidive de kyste de l'ovaire. — 1 guérison.
1 pour tuberculose génitale et péritonite tuberculeuse. — 1 guérison.
1 résection partielle de l'ovaire droit avec ignipuncture. — 1 guérison.
1 laparotomie pour grossesse intra-abdominale : extraction d'un enfant vivant ; ablation du placenta et des annexes. — Guérison de la mère. Mort de l'enfant.
1 énucléation d'un fibrome pédiculé sous-péritonéal développé sur un utérus gravide. — 1 guérison.
1 énucléation de fibromes interstitiels par la voie transpéritonéale. — 1 guérison.
1 ligature des artères hypogastriques pour cancer de l'utérus inopérable par voie transpéritonéale. — 1 guérison opératoire.
2 ligatures des artères utérines pour cancer de l'utérus inopérable par voie transpéritonéale. — 2 guérisons opératoires.
3 ligatures vaginales des gaines hypogastriques pour fibromes utérins. — 3 guérisons.
42 curettages :
5 pour cancer de l'utérus — 5 guérisons.
24 pour rétention placentaire non infectée après avortement. — 24 guérisons.
6 pour métrite hémorragique. — 6 guérisons.
5 pour métrite. — 5 guérisons.
2 pour métrite et rétroflexion. — 2 guérisons.
7 curettages avec amputation du col :
5 pour métrite hypertrophique. — 5 guérisons.
1 pour métrite et rétroflexion. — 1 guérison.
1 pour métrite, antéflexion et hypertrophie du col. — 1 guérison.
7 évacuations et lavages de la cavité utérine pour infection puerpérale. — 5 morts. 2 guérisons.
1 ablation de polype utérin par la voie vaginale. — 1 guérison.
1 énucléation d'un fibrome de la lèvre antérieure du col. — 1 guérison.
1 morcellement de fibrome par la voie vaginale. — 1 guérison.
1 ablation de fibrome du ligament rond. — 1 guérison.
1 ablation d'un abcès de la portion extra-abdominale du ligament rond. — 1 guérison.
1 ablation d'un hématome de la grande lèvre — 1 guérison.
3 colpotomies postérieures pour suppuration pelvienne. — 3 guérisons.
1 incision d'un phlegmon du ligament large. — 1 guérison.
1 colpotomie pour phlegmon chronique post-opératoire du ligament large avec extraction de fil. — 1 guérison.
2 périnéorrhaphies pour déchirure du périnée. — 2 guérisons.
4 colpo-périnéorrhaphies pour prolapsus génitaux, avec restauration dans un cas d'une fistule recto-vaginale. — 1 fistule recto-vaginale. 3 guérisons.
7 incisions de bartholinite. — 7 guérisons.
1 extirpation de bartholinite. — 1 guérison.
1 hystérectomie vaginale pour cancer. — 1 guérison.
1 hystérectomie vaginale pour salpingite double suppurée. — 1 mort.

8° *Opérations sur les organes génitaux de l'homme.*
(17 opérations. — 0 mort).

6 résections de varicocèle. — 6 guérisons.
5 hydrocèles ; cure opératoire. — 5 guérisons.
1 hématocèle ; décortication. — 1 guérison.
1 résection de l'épididyme pour tuberculose — 1 guérison.
1 curettage pour abcès tuberculeux du testicule. — 1 guérison
1 phimosis avec sphacèle ; circoncision. — 1 guérison.
2 ectopies testiculaires ; orchidopexies. — 2 guérisons.

9° *Opérations sur les voies urinaires.*
(30 opérations. — 0 mort).

3 hypospadias. Autoplasties. — 3 guérisons.
1 rétrécissement d'un méat hypospade. Autoplastie. — 1 guérison.
4 infiltrations d'urine. Incisions multiples. — 4 guérisons.

10 urétrotomies internes. — 10 guérisons opératoires. — L'un des malades, âgé de 73 ans, est mort 3 mois après de ramollissement cérébral.
1 rupture de l'urètre membraneux consécutive à une fracture du bassin. Taille hypogastrique. Cathétérisme rétrograde. — 1 guérison.
2 abcès urineux. — 2 guérisons.
2 néoplasmes vésicaux. Taille hypogastrique. — 2 guérisons opératoires. — 1 mort 4 mois après, de récidive.
4 néphropexies. — 4 guérisons.
1 néphrotomie pour pyonéphrose. — 1 guérison opératoire.
2 néphrectomies transpéritonéales : 1 pour sarcome pararénal, 1 pour kyste hématique du rein. — 2 guérisons.

10° *Opérations sur les membres supérieurs.*
(50 opérations. — 2 morts).

1 ablation du doigt pour tuberculose des phalanges. — 1 guérison.
2 ligatures de l'artère radiale. — 1 guérison.
6 sutures de tendons. — 6 guérisons.
8 réductions de luxations de l'épaule. — 8 guérisons.
1 luxation du coude compliquée de plaie. — 1 guérison.
1 broiement du coude par arme à feu. Amputation du bras. — 1 mort.
1 fracture compliquée de l'avant-bras. Débridement. Résection. — 1 guérison.
5 phlegmons de la paume de la main. — 5 guérisons.
10 phlegmons du membre supérieur. Incisions multiples.—10 guérisons.
1 arthrotomie du coude pour arthrite à streptocoques. — 1 guérison
1 cal vicieux de la clavicule. Résection. — 1 guérison.
1 résection de l'épaule pour tuberculose. — 1 guérison.
3 résections du coude : 1 pour tuberculose, 1 pour arthrite traumatique infectieuse, 1 pour fracture avec luxation compliquee. — 3 guérisons.
1 redressement d'ankylose du coude. — 1 guérison.
4 abcès tuberculeux du coude. Grattages. — 4 guérisons.
1 ostéite tuberculeuse des os du carpe. Résection atypique. — 1 guérison.
1 ostéite tuberculose du premier métacarpien. Résection. — 1 guérison.
1 abcès froid du dos du poignet. Incision. Grattage. — 1 guérison.
1 lipome de l'épaule. Syncope chloroformique. — 1 mort.

11° *Opérations sur les membres inférieurs.*
(80 opérations. — 5 morts).

1 plaie de la cuisse par balle de revolver. Extraction de la balle. — 1 guérison.
1 plaie du tendon du jambier postérieur. Suture. — 1 guérison.
1 fracture compliquée de cuisse. Incision. Débridement. — 1 guérison.
4 fractures compliquées de jambe. Incisions. Débridements. Esquilles. — 4 guérisons.
3 écrasements du bout du pied : 1 amputation d'orteils, 2 résections partielles. — 3 guérisons.
1 fracture du col du fémur vicieusement consolidée. Résection partielle — 1 guérison.
1 fracture de jambe vicieusement consolidée. Ostéotomie. — 1 guérison.
1 fracture de jambe consolidée. Redressement sous chloroforme. — 1 guérison.
2 fractures de la rotule. 2 sutures. — 2 guérisons.
8 hygromas suppurés du genou. Incision. — 8 guérisons.
3 adénites inguinales suppurées. Incision. — 3 guérisons.
7 ablations de paquets ganglionnaires inguinaux — 7 guérisons.
1 abcès stercoral de la fesse et de la cuisse droite. Incision. — 1 mort.
1 abcès de la cuisse. Incision. — 1 guérison.
1 phlegmon péri-articulaire du genou. Incisions multiples. — 1 guérison.
4 phlegmons de la jambe. Incisions — 4 guérisons.
4 abcès du pied Incisions. — 4 guérisons.
1 abcès froid trochanterien. Incision. Curettage. — 1 guérison.
1 évidement du grand trochanter pour tuberculose. — 1 guérison.
3 abcès froids dépendant de l'os coxal. Incision. — 3 guérisons.
3 abcès froids dus à la coxalgie. Incisions. Curettage. — 1 guérison. 2 morts.
1 ostéomyélite de la crête iliaque. Incision. — 1 guérison.
5 résections du genou. — 1 guérison. 1 mort. 3 fistuleuses.
1 ankylose du genou. Redressement forcé. — 1 guérison.
1 ostéite de la tubérosité tibiale antérieure. Ablation. — 1 guérison.
1 kyste du creux poplité. Ablation. — 1 guérison.
1 abcès musculaire de la cuisse à bacilles d'Eberth. Incision. — 1 guérison.
1 tumeur blanche du cou de pied. Résection. — 1 guérison.
1 ostéo-myélite du fémur. Incision. Trépanation. — 1 guérison.
8 arthrotomies : 3 pour hémarthrose, 4 pour hydarthrose, 1 pour corps étranger. — 8 guérisons.
1 lipome symétrique de la région coccygienne. Ablation. — 1 guérison.
1 lipome de la racine de la cuisse. Ablation. — 1 guérison.
1 tuberculose des os du tarse avec abcès. Incision. — 1 mort.
2 amputations de jambe pour gangrène sénile — 2 guérisons.
1 gangrène de 2 orteils droits par plaie contuse. Amputation. — 1 guérison.
1 tumeur blanche tibio-tarsienne. Amputation. — 1 guérison.
1 ostéotomie pour genu valgum. — 1 guérison.

Exposé des causes de mort. — Un épithélioma de la langue enlevé par la voie sus-hyoïdienne. Mort le seizième jour de broncho-pneumonie (Hartmann).

Une pleurotomie avec résection costale pour pleurésie purulente diaphragmatique. Le malade meurt de cachexie 7 *mois* après l'opération (Hartmann).

Une pleurotomie pour pleurésie purulente n'arrête pas la marche des accidents infectieux déjà très avancés. Mort 2 jours après l'opération (Reymond).

Une pleurotomie pour pleurésie putride ne peut arrêter les accidents septiques qui se terminent par la mort au troisième jour (Guinard).

Une trépanation de l'apophyse mastoïde droite, pratiquée chez un diabétique, qui présentait une otite moyenne suppurée et des symptômes cérébraux au moment de son entrée dans le service, a été suivie de coma diabétique et de mort au bout de 4 jours. L'autopsie montra la présence d'un abcès sous-dure-mérien ouvert par la trépanation et l'absence de méningite (Guinard).

Un malade atteint de mal de Pott avec abcès par congestion est traité par des injections de glycérine iodoformée dans la cavité de l'abcès; meurt 3 *mois* après son entrée, de tuberculose pulmonaire (Fredet).

Une malade atteinte de tuberculose pulmonaire et en même temps de kystes hydatiques du poumon est opérée par l'ouverture de la poche kystique. Elle meurt 40 *jours* après l'opération, de cachexie (Terrier).

Un malade présentant un lipome de l'épaule fut soumis à l'anesthésie chloroformique et succomba à une syncope. Tous les moyens employés en pareil cas restèrent sans effet (Guillemain).

Deux malades atteints d'abcès froids consécutifs à des coxalgies succombèrent tous deux à la fièvre hectique, l'un 3 *mois* après l'intervention (Guillemain), l'autre 1 *mois* (Fredet).

Une malade opérée de résection du genou pour arthrite tuberculeuse fistuleuse succomba à la cachexie (Terrier).

Une femme cachectique de 72 ans mourut 15 jours après l'incision d'un abcès tuberculeux limité de la face dorsale du pied, consécutif à une ostéite tuberculeuse du tarse (Guinard).

Un homme qui présentait un broiement du coude par arme à feu fut, après une hémorragie abondante, apporté dans le service où il subit l'amputation du bras au tiers inférieur ; il mourut de choc quelques heures plus tard (Guinard).

Chez un homme atteint d'endocardite infectieuse au moment de son entrée dans le service, la mort survint 11 jours après l'incision d'un vaste abcès stercoral de la fosse iliaque externe et de la face externe de la cuisse droite (Guinard).

Les 156 opérations sur l'abdomen ont donné 21 morts qui se décomposent ainsi :

2 hernies inguinales étranglées : 2 morts. Dans un

*

cas il s'agissait d'une hernie étranglée depuis 5 jours, avec sphacèle de l'intestin. Anus contre nature, mort au bout de 48 heures (Fredet). Dans le second cas on avait affaire à une hernie du côlon, l'anse présentait des lésions étendues de sphacèle, l'état du malade ne permettant pas la résection, elle fut fixée à la plaie après nettoyage (Guinard).

Les hernies crurales étranglées ont donné 1 mort. Etranglement datant de 5 jours, malade présentant des signes de péritonite, anse intestinale coupée. Résection de cette portion de l'intestin, entérorraphie circulaire. Mort au bout de 48 heures par continuation des accidents péritonitiques (Fredet).

20 laparotomies pour causes diverses ont été suivies de 7 morts : une pour plaies multiples de l'abdomen à la suite d'une tentative de suicide chez un malade cachectique qui est mort 7 heures après (Guinard). Une pour contusion de l'abdomen avec rupture de l'intestin pratiquée 32 heures après l'accident en pleine péritonite, mort par péritonite (Hartmann). Une pour ulcère perforant du duodénum avec péritonite. Le malade a succombé *quatre mois* après de suppuration chronique (Hartmann). Une pour occlusion intestinale: Hernie réduite en masse avec étranglement datant de 7 jours 1/2 (Hartmann). Une laparotomie exploratrice pour affection du foie. Mort au bout de 48 heures, de péritonite (Terrier). Deux péritonites bacillaires: une morte 32 *jours* après l'opération avec épanchement dans les deux plèvres, hépatisation de la base des poumons et phlegmatia double (Hartmann) et une morte 6 jours après l'opération de tuberculose aiguë (Fredet).

Il y a eu 4 morts à la suite des 13 opérations pratiquées sur l'estomac :

Deux *gastro-entérostomies*. Une mort de syncope au bout de dix jours après diarrhée très abondante ; on n'a rien trouvé à l'autopsie (Hartmann). Une mort de broncho-pneumonie au bout de 3 jours (Terrier).

Deux *gastrostomies*. Une mort au bout de 4 jours de cause inconnue (Hartmann). Une mort de syncope 16 heures après. Cancer de l'œsophage : malade n'ayant pris aucune nourriture depuis onze jours ; rien à l'autopsie (Fredet).

26 opérations sur l'intestin fournissent 4 morts : une résection du côlon pour cancer, mort de septicémie au bout de 6 jours (Terrier). Deux incisions pour appendicite perforée avec péritonite généralisée, mort de péritonite (Hartmann). Un anus crural pratiqué chez un sujet auquel on avait réséqué l'appendice et qui était atteint de péritonite bacillaire, mort au bout de 12 jours avec symptomes de méningite (Hartmann).

3 morts sont survenues consécutivement à 5 interventions sur le foie et les voies biliaires. Un malade porteur d'un kyste hydatique suppuré, près de sortir de l'hôpital, est mort subitement *deux mois et six jours* après l'opération, d'une embolie pulmonaire constatée à l'autopsie (Terrier). Un second malade atteint de kyste hydatique suppurée, asphyxiant, opéré d'urgence, est mort quelques instants après l'intervention (Hartmann). Une cholécystotomie pour calcul biliaire a donné un insuccès, mort le quinzième jour ; deux gros calculs restaient dans le cholédoque, suppuration du trajet et de la paroi abdominale (Terrier).

Les 193 opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme ont donné 17 morts : une laparotomie pour ablation unilatérale des annexes gauches suppurées, intimement adhérentes à la paroi postérieure du bassin et aux anses intestinales voisines s'est terminée par la mort, 24 heures après l'opération, due à la septicémie (Terrier). Une femme opérée pour une grossesse extra-utérine avec hématocèle récente, est morte 5 jours après l'opération en présentant des symptômes d'ictère grave (Hartmann). Une laparotomie pratiquée sur une femme atteinte d'infection puerpérale et de pelvi-péritonite suppurée n'a pu arrêter les accidents infectieux. La mort est survenue 11 jours après l'opération (Terrier). Une laparotomie pour péritonite avec ascite et kyste inclus dans le ligament large, s'est terminée par la mort due à de la péritonite 5 jours après l'opération (Terrier). Une ablation des ovaires cancéreux a été faite chez une femme, chez qui la généralisation du cancer à la cavité péritonéale a pu être constatée pendant l'opération; mort 1 *mois* après l'opération avec cachexie, ascite, généralisation (Terrier).

Cinq hystérectomies abdominales totales pour fibrome se sont terminées par la mort due : 2 fois à la broncho-pneumonie : 10 jours (Terrier) et 6 jours (Hartmann) après l'opération ; 2 fois à la septicémie (Terrier) après un et 3 jours L'une de ces malades présentait un volumineux corps fibreux sphacélé en voie d'élimination dans la cavité vaginale et des symptômes d'infection générale; chez l'autre, il y avait, en même temps que le fibrome, deux ovaires kystiques dont l'un contenait 50 grammes d'un liquide citrin virulent où l'on peut déceler l'existence du streptocoque. Le cinquième décès survint au milieu d'accidents méningés 24 *jours* après l'opération. (Hartmann). Une hystérectomie abdominale totale pour fibrome et salpingite double suppurée a donné lieu à 1 décès par septicémie 3 jours après l'intervention. (Hartmann). Une malade chez qui fut pratiquée une hystérectomie abdominale totale pour kystes inclus dans les ligaments larges, récidives de kystes de l'ovaire, mourut le deuxième jour d'urémie. L'autopsie permit de s'assurer que le champ opératoire était intact; mais il y avait une atrophie considérable de la substance corticale des reins (Terrier).

Cinq femmes atteintes d'infection puerpérale, suite de couches ou d'avortement, sont mortes par continuation des accidents septiques, malgré l'évacuation de la cavité utérine et les lavages continus.

A cet égard il est bon de signaler la pratique de l'Administration de l'Assistance publique, qui, ayant dans les hôpitaux de Paris des services d'accouchements plus ou moins luxueux, n'hésite pas à envoyer dans un service de chirurgie, où il n'y a pas de salles d'isolement pour les malades septiques, des femmes atteintes de septicémie puerpérale, c'est-à-dire des femmes prêtes à contaminer les autres malades de la salle, en particulier celles qui ont subi des opérations sur les voies génitales. *Ce comble d'incurie est scandaleux, mais tout à fait caractéristique.*

Résumé des opérations selon les régions :

	Opérations.	Guérisons.	Morts.
1° Sur les yeux et les paupières. .	17	17	0
2° Sur le crane et la face. . . .	59	57	2
3° Sur le cou.	23	23	0
4° Sur le thorax et la colonne vertebrale	30	25	5
5° Sur l'abdomen	156	135	21
6° Sur l'anus et le rectum. . . .	59	59	0
7° Sur les organes génitaux de la femme	193	176	17
8° Sur les organes génitaux de l'homme	17	17	0
9° Sur les voies urinaires . . .	30	30	0
10° Sur les membres supérieurs . .	50	48	2
11° Sur les membres inférieurs . .	80	75	5
Total	714	662	52

Les 714 opérations ont donné 52 morts, soit en bloc une mortalité de 7,28 0/0.

Tableau indiquant les causes de mort :

A. — *Morts rapides* (*Choc* ou *Cachexie*).
1 gastrostomie.
1 kyste hydatique suppuré du foie.
1 amputation du bras. Hémorragie abondante anté-opératoire (écrasement du bras).

B. — *Complications survenues après l'opération* :
a) *Complications pulmonaires.*
Pneumonie : 2 hystérectomies abdominales totales pour fibrome. 2 péritonites bacillaires.
1 gastro-entérostomie. 1 épithélioma de la langue enlevé par la voie sus-hyoïdienne.
Tuberculose : 1 abcès par congestion (mal de Pott) traité par des injections de glycérine iodoformée.
Embolie : 1 kyste hydatique du foie (embolie pulmonaire).
b) *Complications rénales.*
Anurie et urémie après hystérectomie abdominale pour récidive de kystes de l'ovaire chez une femme atteinte de néphrite chronique.
c) *Complications encéphaliques*
1 accident méningé 24 jours après une hystérectomie abdominale totale pour fibrome utérin.
1 anus cæcal chez un malade tuberculeux qui mourut de méningite.

C. — *Persistance d'accidents antérieurs à l'opération.*
1 cancer bilatéral des ovaires avec généralisation péritonéale.
1 plaie pénétrante de l'abdomen avec péritonite.
1 contusion de l'abdomen avec sutures intestinales pour perforation.
1 perforation du duodénum avec péritonite.
1 occlusion intestinale (hernie réduite en masse).
2 appendicites perforées avec péritonite généralisée.
1 pleurésie purulente diaphragmatique traitée par la pleurotomie. Mort 7 mois après de cachexie.
2 pleurésies putrides traitées par la pleurotomie. Mort 2 et 3 jours après l'opération.
1 évidement pétro-mastoïdien chez un diabétique présentant une otite moyenne suppurée et des troubles cérébraux. Mort dans le coma diabétique 4 jours après.
1 kyste hydatique suppuré du poumon chez une tuberculeuse morte de cachexie 40 jours après l'opération.
2 abcès froids consécutifs à une coxalgie. Morts de fièvre hectique 3 mois et 1 mois après l'incision.
1 tumeur blanche fistuleuse du genou, avec infection secondaire. Morte de fièvre hectique.
1 femme cachectique de 72 ans avec abcès tuberculeux du dos du pied. Morte 15 jours après l'incision.

D. — *Accidents septiques à la suite de l'intervention.*
a) *Malades non infectés avant l'intervention.*
1 ictère grave (?) consécutif à une laparotomie pour hématocèle pelvienne.
1 résection du côlon pour cancer.
1 cholécystotomie
1 laparotomie exploratrice pour affection du foie.
b) *Malades infectés avant l'intervention.*
1 péritonite avec septicémie consécutive à une intervention pour salpingite suppurée adhérente.
1 péritonite avec septicémie après hystérectomie abdominale pour fibrome et ovaire kystique et septique.
1 péritonite avec septicémie après hystérectomie abdominale totale pour fibrome et salpingite double suppurée.
1 péritonite après laparotomie chez une femme présentant de la péritonite avec ascite et un kyste du ligament large.
3 hernies étranglées.
1 infection puerpérale après laparotomie.
5 infections puerpérales. Évacuation de la cavité utérine. Lavages.
1 fibrome utérin sphacélé avec septicémie généralisée.
1 abcès stercoral chez un sujet atteint d'endocardite infectieuse.

E. — *Accidents dus au chloroforme.*
Syncope survenue au début d'une chloroformisation chez un malade porteur d'un lipome de l'épaule.

F. — *Cause inconnue.*
1 gastro-entérostomie.
1 gastrostomie.

En terminant cette statistique, je tiens à attirer l'attention des lecteurs sur un incident parfaitement caractéristique de nos mœurs administratives.

Le 24 mars 1897, j'ai reçu du secrétariat général de l'Administration une lettre-circulaire commençant ainsi :

« M. le Docteur, un grand nombre (?) de MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux ont l'habitude de tenir une statistique médicale des diverses affections qu'ils sont appelés à traiter dans leurs services, quelques-uns même en font des publications (*sic*).

« Il serait intéressant que cette pratique fût généralisée, etc., etc....

« A plusieurs reprises, le Conseil municipal a formulé des vœux dans ce sens. Le Conseil de surveillance vient à son tour, d'émettre le vœu qu'une statistique médicale soit tenue pour chacun de nos services hospitaliers, et il a invité l'Administration à insister à cet effet auprès de MM. les chefs de service pour qu'ils veuillent bien dresser eux mêmes cette statistique.

« L'Administration engage donc les chefs de service à adhérer à cette œuvre d'utilité incontestable, etc , etc.»

J'ai répondu à M. le Directeur de l'Administration, qu'il y a treize années que je publie, à mes frais, la statistique de mon service, qu'il y a treize ans que j'ai l'honneur d'adresser ce travail annuel au Conseil de surveillance de l'Assistance, et on vient me demander de collaborer à l'œuvre de collègues, dont les statistiques datent de quelques années seulement!

La réponse administrative est typique : M. le Directeur de l'Administration me prévient que sa circulaire n'a été qu'une invitation à mes collègues de suivre mon exemple, et que si elle m'a été envoyée, « *c'est pour que vous ne fussiez pas ignorant de mon désir de voir cet exemple suivi* (*sic*) ».

Mais où la chose devient absolument étrange, c'est que M. le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, pas plus que son Conseil de surveillance, ne connaissent un vote du Conseil municipal de Paris, vote qui a été émis dans la séance du 5 août 1880 (1), et qui précisément trait à cette question de statistique, à propos de l'hôpital Bichat, alors en construction.

Voici ce que dit l'article 3, paragraphe F, sur ce point spécial :

« Chaque année une statistique médico-chirurgicale sera faite par les chefs de service et publiée par les soins de l'Administration. »

Donc, en 1880, avant la création de l'hôpital Bichat, qui fut ouvert en 1882, le Conseil municipal demandait par un vote, qu'il y eût une statistique médico-chirurgicale de l'hôpital qu'on allait inaugurer, que cette statistique soit faite par les chefs de service, et enfin qu'elle soit publiée par les soins de l'Administration.

Un seul chef de service, le chirurgien, a, depuis l'ouverture de l'hôpital, publié et à ses frais, la statistique désirée par le Conseil municipal; et au bout de treize années on lui adresse une circulaire pour lui exposer les vœux du Conseil municipal et du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

C'est le cas de dire : « Qui trompe-t-on ici ? » et ce sera ma seule réflexion.

---

(1) Extrait de la Délibération du projet Bourneville (Bichat), Rapport n° 137.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Cours de Médecine légale : M. le Pr Brouardel.

L'Exercice de la Médecine.

Il est une lacune regrettable dans notre enseignement médical : on apprend aux futurs médecins la science médicale, mais on ne leur donne aucune notion de la pratique de la médecine. Aussi, le plus souvent font-ils à leurs débuts cet apprentissage à leurs dépens, si ce n'est à ceux de leurs clients ou de leurs confrères. Cette lacune, M. le Pr Brouardel a voulu la combler cette année en prenant, pour sujet de son cours de médecine légale, l'exercice de la médecine.

Ce cours a été brillamment inauguré vendredi soir, à 4 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, devant un nombreux auditoire. M. Brouardel se propose d'étudier d'abord la loi qui régit l'exercice de la médecine. Il montre les inconvénients de la loi du 19 ventôse an XI, créant deux classes de médecins, docteurs et officiers de santé, ne garantissant pas suffisamment les honoraires des médecins qui se prescrivaient au bout d'un an, ne permettant pas le groupement pour la défense professionnelle et rendant illusoire la répression de l'exercice illégal, en ne fixant pas la pénalité de ce délit. Ces vices de la loi de ventôse an XI amènent tout aussitôt des réclamations et la réalisation de nouveaux projets de loi est poursuivie. Une succession fatale d'événements empêche la revision de cette loi : d'abord la révolution de 1848 qui arrête le vote définitif du projet du ministre de Salvandy, plus tard la guerre de 1870, et ce n'est que le 30 novembre 1892, au bout de 90 ans d'efforts, que le corps médical parvient à faire modifier la loi de ventôse.

Cette loi de 1892 est-elle parfaite? Hélas ! non. M. le Pr Brouardel, qui a collaboré comme commissaire du gouvernement durant plus de dix ans à son étude, expose toutes les difficultés qu'il a rencontrées à la Chambre et au Sénat. Cette loi, dit-il, n'est ni la loi Chevandier, ni la loi Cornil, ni la loi Brouardel, elle est loin de répondre aux desiderata du corps médical, mais elle constitue néanmoins un progrès. Elle supprime les officiers de santé, fixe la pénalité de l'exercice illégal, porte à deux ans la prescription des honoraires médicaux et permet aux médecins de se grouper en syndicats professionnels pour la défense de leurs intérêts.

La loi de 1892 ne fut votée qu'à une faible majorité par le Sénat lui-même. Afin de montrer la puissance des préjugés contre les médecins, ce qui certes ne fait pas honneur à la valeur intellectuelle de nos législateurs de 1892, M. Brouardel raconte que, pour calmer les craintes d'un groupe de 40 sénateurs résolus à voter contre le projet de loi, il dut déclarer à la tribune, à son corps défendant, que le magnétisme, *employé en dehors du traitement des maladies*, ne pourrait être considéré comme exercice illégal de la médecine.

M. Brouardel termine en faisant un tableau assez sombre de l'avenir de la pratique médicale avec l'augmentation inquiétante des médecins, et ceci non seulement en France, mais dans l'Europe entière.

Conférence clinique de Neurologie à l'hôpital de la Pitié : M. Babinski.

Le phénomène des orteils en pathologie nerveuse.

Samedi à 10 heures et demie, à l'hôpital de la Pitié, M. Babinski a commencé ses conférences cliniques de neurologie devant de nombreux auditeurs par une intéressante leçon sur la valeur séméiologique du réflexe qu'il a lui-même étudié et décrit sous le nom de phénomène des orteils.

Ce réflexe consiste en la production, après la piqûre de la partie antérieure de la plante du pied, d'une extension lente des orteils et plus manifestement du gros orteil.

M. Babinski montre successivement un grand nombre de malades intéressants qui présentent ce phénomène. On peut, dit-il, le rencontrer dans l'hémiplégie organique récente ou ancienne, dans la méningo-encéphalite diffuse, dans l'épilepsie essentielle, les affections spinales systématisées, les myélites transverses, la syringomyélie, etc. On ne le rencontre jamais dans les névroses, les myopathies primitives, les névrites périphériques, la poliomyélite, le tabes pur. Il coexiste fréquemment, mais non pas nécessairement avec la trémulation épileptoïde et l'exagération des réflexes.

M. Babinski est d'avis que ce phénomène se manifeste toutes les fois qu'il peut y avoir une irritation ou une lésion du faisceau pyramidal. A l'appui de cette hypothèse, outre l'énumération des maladies où il a rencontré ce signe et où ce dernier fait défaut, il remarque que le phénomène du pied, qui n'existe pas chez l'adulte sain, est très manifeste chez le nouveau-né. Il est vrai que l'enfant nouveau-né est une sorte de paraplégique, le faisceau pyramidal transmettant mal les ordres venant du cerveau, à cause du développement imparfait à cet âge des gaines de myéline des pyramides.

Cours de Médecine opératoire. — M. le Pr Terrier.

Le lundi 7 mars, M. le Pr Terrier a commencé son cours de médecine opératoire au milieu d'une affluence considérable.

Nous n'avons pas à présenter à nos lecteurs le professeur bien connu, chirurgien de l'hôpital Bichat, ni à résumer ici sa leçon d'ouverture que nous publierons *in extenso* dans notre prochain numéro. Bornons-nous à remarquer que dans cette première séance il a rappelé les efforts faits par lui pour arriver à organiser vraiment l'enseignement de la médecine opératoire à la Faculté de Médecine. Il y a cinq ans déjà que cette réorganisation a été commencée ; elle n'a abouti que cette année. On en lira plus tard les détails ici même et nous n'insistons pas.

Des applaudissements très nourris ont montré au professeur que ses tentatives étaient très appréciées des élèves anciens et nouveaux. En tous cas, il est indiscutable que les améliorations réalisées seront des plus profitables à la Faculté elle-même.

Histoire naturelle médicale. — M. le Pr Blanchard.

M. le Pr Blanchard, nommé en remplacement de M. Baillon, inaugurait son cours lundi dernier dans le Petit Amphithéâtre de la Faculté. Ainsi qu'il est de règle pour le premier cours de chaque nouveau professeur, le doyen, M. Brouardel, accompagnait M. Blanchard.

On s'attendait à des manifestations hostiles, en raison de l'affaire Heim dont nous avons entretenu nos lecteurs. Le successeur de M. Baillon, au cours de l'inventaire du laboratoire dont il allait prendre possession et qu'il avait le devoir de faire, constata des irrégularités. Il les signala au Doyen. Celui-ci réclama un rapport. Ce rapport fut communiqué au Conseil de l'Université de Paris. Une enquête minutieuse fut faite. Le Conseil de l'Université prononça une peine sévère contre M. Heim qui en appela devant le

Conseil supérieur de l'Instruction publique. Nouvelle enquête qui amène le Conseil de l'Instruction publique à prononcer la suspension de M. Heim pendant deux ans. Les deux juridictions exceptionnelles auxquelles a été soumise l'affaire se sont prononcées contre M. Heim. Les hommes qui composent ces deux Conseils sont des hommes d'une intelligence reconnue, d'une honorabilité indiscutable, naturellement enclins à la bienveillance, surtout envers les membres de l'Université. Il est par conséquent inadmissible qu'ils aient pris leur décision sans des motifs très sérieux. Malgré cela elle a été vivement discutée dans la presse politique et dans la presse médicale.

Si les faits reprochés à M. Heim avaient été dénoncés à la justice ordinaire, que serait-il advenu? Le juge d'instruction aurait signé une ordonnance de non-lieu ou aurait retenu l'affaire. Les juges ordinaires auraient condamné ou acquitté. Les membres du Conseil de l'Université, du Conseil de l'Instruction publique, professeur et doyen, seraient hors de cause. C'est ainsi qu'on aurait agi, pour des faits analogues, envers un simple citoyen.

Ceci rappelé, arrivons à l'ouverture du cours. L'entrée de M. Blanchard est saluée par des cris qui couvrent les applaudissements de ses partisans. M. le Doyen ne pouvant dominer le tumulte prend de la craie et écrit au tableau : « Je vais demander que la Faculté soit fermée. » (*Tumulte, cris*).— M. Blanchard, profitant d'une accalmie legère, prononce quelques mots, bientôt couverts par les cris des auditeurs. — M. Brouardel proteste contre le tumulte et prononce les paroles suivantes que nous empruntons au compte-rendu sténographique de l'*Evènement* :

« Messieurs, je vous prie d'écouter un conseil, qui est celui-ci: Ce cours est *absolument obligatoire*, il est officiel, non pour les élèves, vous êtes libres d'y venir ou de ne pas y venir, mais il doit être fait. Si je suis obligé de fermer ce cours, la Faculté sera fermée absolument.

« Je ne veux pas qu'il y ait de malentendu entre nous, il n'y en aura pas, mais si ce cours n'est pas possible, soyez assuré que la Faculté sera fermée. (*Tumulte général.*)

« Messieurs, il est assez difficile de suivre une pensée au milieu de ces interruptions. (*Rires et bruit.*)

« Je tiens à vous dire ceci : Il est possible que vous ayez été emportés par un sentiment généreux... (*Parfaitement! oui!*), ... seulement, depuis le 14 octobre jusqu'au jour où M. Heim a paru devant le Conseil supérieur, il n'y a pas eu un seul jour où l'enquête n'ait pas été poursuivie par des personnes qui ne connaissaient ni M. Blanchard, ni M. Heim (*Protestations ironiques. Bruit*). Par conséquent, vous pouvez être absolument rassurés, et il n'est pas nécessaire de faire une revision, que d'ailleurs il ne m'appartient pas de faire. Je ne le puis pas. Les choses se sont passées très correctement (*Violentes protestations*). On a dit dans la presse que M. Blanchard avait saisi l'opinion publique. C'est faux! J'en ai d'abord la parole donnée par M. Blanchard (*Revision!*)...

« Vous ne devez pas douter, Messieurs, de la parole donnée par l'un de mes collègues! mais j'ai une autre preuve... C'est que dans le premier rapport qui m'a été remis, il y avait une quatrième partie!... Personne ne la connaît que M. Blanchard et moi. »

Cette déclaration, loin d'apaiser l'assemblée, redouble ses protestations. Le doyen invite M. Blanchard à continuer son cours ; mais le tumulte augmentant, les cris redoublant, M. Brouardel prend de nouveau la parole et déclare aux étudiants que si les troubles persistent, la Faculté sera fermée. « Je vous préviens, ajoute-t-il, afin que vous sachiez ce que vous faites C'est votre affaire si votre carrière se trouve entravée. Vous savez à quoi vous vous serez exposés. »

Une nouvelle tentative de M. Blanchard pour reprendre la parole n'a pas de succès. Sa voix est couverte par les cris les plus variés qui continuent jusqu'au moment où le doyen déclare la séance est levée.

Mercredi, pour la seconde leçon, le Doyen avait décidé qu'on n'admettrait que les élèves de troisième année (nouveau régime) dont le nombre est à peine d'une centaine. Une soixantaine d'entre eux, environ, étaient présents. Ils ont accueilli leur professeur par des applaudissements. Aucune protestation ne s'est produite. M. Blanchard a commencé son cours et l'a continué pendant un quart d'heure, au milieu de l'attention de ses auditeurs. Les personnes venues pour manifester et dont beaucoup, paraît-il, n'appartiennent pas à la Faculté, poussaient les cris divers, habituels dans ces sortes de manifestations.

Sous l'action d'une poussée, la porte a cédé et en un clin d'œil l'amphithéâtre s'est trouvé envahi. Le doyen est entré aussitôt et a levé la séance. Une affiche apposée jeudi annonce que le cours est momentanément suspendu. Espérons que, durant cette suspension, le calme renaîtra et que la lumière se fera dans les esprits. BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 mars 1898.

Transmission de la rougeole aux animaux.

Sur 8 singes inoculés soit par badigeonnage du pharynx au moyen de mucus pharyngé de rubéolique, soit par inoculation sous-cutanée avec le sang de rubéolique, MM. JOSIAS et NOCARD ont obtenu trois fois un résultat positif. L'érythème morbilliforme débutait par la face et s'accompagnait de fièvre violente. Tout s'effaçait au bout de quatre ou cinq jours.

L'acétylène au point de vue hygénique.

M. MOTAIS (d'Angers) signale les avantages de l'acétylène au point de vue 1° du pouvoir éclairant ; 2° du respect des couleurs ; 3° du faible dégagement de chaleur. Sous une pression de moins de deux atmosphères, les dangers d'explosion n'existent pas.

Etiologie de la cirrhose hépatique.

M. BRITTO (de Bahia) écrit qu'au Brésil, où l'on boit fort peu de vin et beaucoup d'alcool, la cirrhose est très fréquente. A Haiti, d'après une autre lettre reçue par M. Lancereaux, la cirrhose serait très rare malgré la consommation excessive d'alcool. M. Vallin, ainsi que Rendu, continuent donc à défendre l'origine alcoolique, M. Lancereaux l'origine vinique de la cirrhose.

Le vésicatoire.

M. HERVIEUX insiste sur l'utilité du vésicatoire. N'y eût-il que ses effets contre la douleur et le météorisme de la péritonite puerpérale qu'il devrait être conservé.

M. LANCEREAUX montre que l'interposition d'un papier huilé prévient très facilement la cystite. Dans les néphrites. M. Lancereaux ne redoute pas le vésicatoire. Il a même vu des faits où l'absorption de cantharide se montrait utile contre l'anasarque ou la dyspnée urémique.

Tympan artificiel résonnateur.

M. P. GARNAULT présente un modèle renforçant les sons avec beaucoup d'énergie.

Pleurésie purulente traitée par le sérum de Marmorek.

M. CHAUVEL présente une observation de M. Letellier. Une pleurésie purulente avec arthrite de l'épaule a guéri par l'emploi combiné de l'empyème, de l'arthrotomie, des injections de sérum antistreptococcique. Il est difficile de préciser le rôle exact du sérum dans la guérison Dans trente-sept cas d'érysipèle traités par ce procédé, l'efficacité prévue semble également fort variable. Le désaccord entre les observateurs est absolu.

Les crins comme cause d'infection charbonneuse.

M. Laveran présente un travail de M. Bertin (de Nantes) signalant en trois ans 22 cas de charbon dont cinq mortels chez des ouvriers travaillant le crin et surtout le crin de provenance étrangère. La stérilisation du crin à 120° détruit les bactéries et les spores. Malheureusement elle jaunit les crins blancs, ce qui est une grosse objection commerciale. La ventilation des ateliers, la propreté individuelle, seules mesures possibles, doivent donc être très surveillées.

Elections de deux membres correspondants nationaux (1re division).

Les candidats présentés étaient en 1re ligne : M. Bertin (de Nantes) ; en 2e ligne : M. Ledouble (de Tours) : en 3e ligne. *ex æquo* : MM. Marvaud (de Toulouse), Moniez (de Lille), Du Cazal (de Nice) et Vincent (de Brest).

Première élection : Au premier tour de scrutin, M. Bertin a obtenu 30 suffrages; M. Ledouble, 7; M. Marvaud, 12; M. Moniez, 10; M. Du Cazal, 5 et M. Vincent, 4, sur 68 votants. Au second tour, M. Bertin est élu par 47 suffrages, contre 4 à M. Ledouble, 13 à M. Marvaud, 1 à M. Moniez, 1 à M. Du Cazal et 3 à M. Vincent, sur 69 votants.

Deuxième élection : Au premier tour de scrutin, M. Ledouble est elu par 40 suffrages, contre 13 à M. Marvaud, 7 à M. Moniez, 3 à M. Du Cazal, 5 à M. Vincent, sur 69 votants. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 9 mars 1898. — Présidence de M. Pouchet.

Traitement des vomissements de la grossesse et de la tuberculose par l'eau oxygénée.

MM. Gallois et Bonnel, se basant sur les conseils des professeurs Hayem et Pinard qui recommandent les inhalations d'oxygène dans le traitement, des vomissements incoercibles, ont donné à des femmes enceintes et à des tuberculeux qui vomissaient de l'eau oxygénée. Le succès a dépassé leur attente. Ils faisaient prendre une cuillérée à soupe d'eau oxygénée véritable (peroxydie d'hydrogène, H^2O^2) dans un litre d'eau pure que les malades prenaient avec du vin pendant les repas. Les auteurs ne croient pas qu'il y ait eu suggestion. Ils se demandent si l'action de l'eau oxygénée ne tient pas à un dégagement gaseux comme avec la potion de Rivière, ou si elle ne neutralise pas en les oxydant les ptomaïnes qui se forment dans l'estomac.

L'eau oxygénée n'a aucune action sur les vomissements dus à une maladie de l'estomac.

Injections rectales d'arsenic.

M. le Pr Renaut (de Lyon) envoie à la Société uu travail sur les injections rectales arsenicales telles que les pratique M. Vinay, il danna une, deux ou trois fois par jour le lsvement suivant :

Eau distillée . . . . . . 56 grammes.
Liqueur de Fowler . . . . 4 —

au moyen de la canule de Coudamin. On peut condinuer cette médication qui est parfaitement tolérée ovec des intervalles de repos. M. Renaut a expérimenté avec succès ce procédé théradeutique dans la tuberculose et il établit le principe que l'injection rectale d'arsenic réalise le traitement de choix dans l'anémie ou pour mieux dire dans la dyscrasie consomptive prétuberculeux. Le même traitement dans le diabète amène le recul parallèle et progressif de la polyrie, la glycosurie, l'albumidurie, la phosphaturie et la diminéralisation. Dans la maladie de Basedow on obtiendrait encore d'excellents résultats du traitement arsenical préconisé par M. Renaut.

Emploi du vanadium.

M. Blondel lit une communication du Dr Lavan dans laquelle ce dernier rapporte les propriétés oxydantes de l'acide vanadique ; ce corps peut à l'état de tracse ainsi que l'ont montré MM. Witz et Nsmond servir de véhicule à l'oxygène d'un corps oxydant pour le transporter sur une matière organique. L'auteur insiste sur la nécessité d'employer dans l'expérimentation l'acide vanadique sous une forme bien déterminée et non les sels de vanardium qui sont très instables.

M. Pouchet croit que les sels de manganèse ont les mêmes prspriétés qee les sels de vanadium ; ils sont d'un usage plus courant et offrent moins de dangers. J. Noir.

REVUE DE THERAPEUTIQUE

V. — Etude clinique sur le Strophantus (*Strophantus : A clinical study*); par Reynold W. Wilcox. — *The American Journal of the Medical sciences*, mai 1897.

V. — Les expériences et les essais entrepris dans ces derniers temps par les physiologistes et les médecins pour apprécier l'action du strophantus sont loin de concorder Ces divergences tiennent, pense l'auteur, à la différence des préparations pharmaceutiques employées. Aussi recommande-t-il d'employer une teinture de strophantus absolument pure et toujours semblable à elle-même. Le strophantus agit directement sur le muscle cardiaque, et n'exerce qu'une action faible ou nulle sur le calibre des vaisseaux, comme l'ont établi Fraser, Yeo, Delsaux. Son principe étant actif très soluble se diffuse très rapidement dans l'économie ; ainsi s'expliquent les rapides effets de l'administration du strophantus. Cette rapidité d'action rend ce médicament précieux dans les cas qui réclament une médication urgente. L'auteur rapporte une douzaine de cas cliniques, comprenant des affections cardiaques variées, dans lesquels il a eu recours à la teinture de strophantus. Les tracés sphygmographiques accompagnant les observations montrent bien l'action du médicament sur le muscle cardiaque. Une heure après son administration, le pouls est manifestement plus fort en même temps que disparaissent ses intermittences et ses irrégularités. Et ces effets ne sont pas temporaires mais se prolongent longtemps. L'auteur pense que les résultats obtenus dans ces cas sont supérieurs à ceux que procure la digitale ou les autres médicaments cardiaques auxquels on a recours d'ordinaire.

Les avantages que le strophantus possède sur la digitale sont les suivants : il agit plus rapidement, puisque le pouls est modifié en une heure ; il n'exerce pas de phénomènes vaso-constricteurs ; son pouvoir diurétique est plus grand ; il ne produit pas de troubles digestifs ; il ne donne pas lieu aux accidents d'accumulation ; il réussit mieux chez les enfants et présente moins de dangers chez les vieillards. Il est donc à souhaiter que l'usage du strophantus se répande de plus en plus, puisqu'il possède maints avantages sur la digitale, dont le plus précieux est de ne pas exercer cette vaso-constriction, qui constitue le danger de la digitale. Pour réussir dans l'emploi de la teinture de strophantus, il importe de se servir d'une préparation active, récente, d'éviter les doses trop considérables et trop fréquentes. La dose de cinq gouttes de teinture répétée trois fois par jour paraît suffisante.

Il existe d'ailleurs des contre-indications à l'usage du strophantus. C'est ainsi qu'il faut éviter de l'employer dans les cas où la lésion cardiaque est compensée à un degré suffisant ou à l'excès, et dans les cas qui présentent une dégénérescence avancée du myocarde ou s'accompagnent de désordres circulatoires d'ordre mécanique trop intenses. En dehors de ces cas, l'auteur estime que le strophantus est le médicament de choix :

1° Dans tous les cas où nous voulons établir une compensation ; 2° dans tous les cas de dégénérescence artérielle où l'on a besoin de rendre les contractions cardiaques plus énergiques ; 3° dans tous les cas d'affections cardiaques où la diurese est nécessaire ; 4° dans tous les cas de faiblesse ou d'irritation cardiaque ; 5° dans tous les cas d'affections cardiaques chez les enfants ou les vieillards. P. Rellay.

VI. — Les Poussières atmosphériques, leur circulation dans l'atmosphère et leur influence sur la santé, par Plumandon. — Société d'Editions scientifiques.

VI. — Ce petit volume est tiré d'un rapport que l'auteur a fait en 1896 au Congrès d'hydrologie de Clermont-Ferrand, sur les poussières atmosphériques : il forme un bon résumé de la

question et passe en revue les poussières terrestres, les poussières cosmiques, la circulation générale des poussières dans l'atmosphère, les variations des poussières atmosphériques, l'influence des poussières sur la santé, et les poussières explosives.

BIBLIOGRAPHIE

Des accidents de la lithiase biliaire; par le Dr Jules Magnin. — In-8. Paris, 1898. Vigot frères, éditeurs.

Cette courte, mais substantielle monographie est la seconde édition d'un travail paru en 1869, mais entièrement modifié et mis en harmonie avec les découvertes scientifiques les plus récentes. Après une description méthodique de la colique hépatique, de ses caractères symptomatiques, de ses diverses formes et des principales anomalies qu'elle peut présenter, après l'exposé de son diagnostic et de son traitement, l'auteur aborde l'étude d'un phénomène extrêmement intéressant, assez souvent lié à l'existence de la lithiase biliaire, phénomène signalé depuis longtemps, mais particulièrement mis en relief par le Pr Charcot. Il s'agit de cette fièvre caractérisée par des accès analogues à ceux que l'on observe dans la fièvre intermittente paludéenne, avec ses trois stades classiques, accès qui parfois, au début, sont le seul indice qui trahisse la présence de calculs dans les voies biliaires Plus fréquemment cependant cette fièvre se développe sous l'influence de l'inflammation septique de ces mêmes voies biliaires, inflammation consécutive à la rétention de la bile, à une irritation infectieuse, dont la nature microbienne est aujourd'hui démontrée, et qui aboutit aux diverses formes d'angiocholites, soit simple ou catarrhale, soit suppurative, avec ses abcès intra ou péri-ampullaires, formes dont les différentes manifestations anatomiques, pathologiques et parasitaires sont soigneusement décrites. Après un exposé succinct de la pathogénie des accès fébriles hépatiques et du diagnostic différentiel des fièvres symptomatiques, le travail de M. Magnin se termine par d'intéressantes considérations sur les ictères en général, sur l'ictère chronique et l'ictère grave dans la lithiase biliaire. F. Villard.

La Médication antithermique dans les processus fébriles aigus; par J. Queralto. — Barcelone, 1896.

La question est envisagée au point de vue de la physiologie étiologique générale avec des aperçus personnels très savants sur le rôle des grands systèmes organiques dans la calorification normale et pathologique, sur la réaction de ceux-ci selon le processus pathogénique, le terrain et le rôle de la fièvre comme procédé de défense de l'organisme, d'après les théories les plus modernes. Ces vues permettent de pénétrer plus profondément le mode d'action des médications antithermiques et de les classer rationnellement. La fièvre est un phénomène secondaire ; on n'influe pas en l'annulant sur le processus qui l'engendre ; la pyrexie est, en elle-même, utile, mais l'hyperpyrexie exige le traitement et appelle, selon le groupe pathogénique et les terrains, les agents nervins, antiseptiques, oxydants ou éliminatoires.

Examen critique de la médication active et de l'expectation; par J. Quéralto. — Barcelone, 1896.

Autre étude de pathologie générale très élevée ; ces deux méthodes sont étudiées pratiquement et théoriquement pour tous les groupes d'états et d'accidents morbides classés d'une façon tout à fait nouvelle et selon les données les plus récentes et les plus strictement scientifiques de la physiologie et de la bactériologie. Ces deux remarquables ouvrages ont été couronnés par l'Académie de Médecine de Madrid.

F. Boissier.

Archives de Parasitologie; dirigées par Raphaël Blanchard, professeur à la Faculté de Médecine, etc. — Administration, 15, rue de l'Ecole-de-Medecine.

Sous ce titre, notre ami et très ancien collaborateur, M. le Pr R. Blanchard, vient de faire paraître un nouveau périodique, consacré à l'étude des agents animés qui sont susceptibles de provoquer des maladies, chez l'homme et chez les animaux. Ces Archives centraliseront tous les travaux originaux relatifs à ces maladies. Elles seront publiées par fascicules in-8, d'environ 160 pages, paraissant tous les trois mois. L'abonnement est de 30 francs, Paris et départements ; 32 francs pour l'Union postale. Le premier numéro renferme les articles suivants : Blanchard (R.), Notre programme ; — Brault (J.), Les maladies des pays chauds ; leur étude, leur enseignement ; — Fournié (H.), Suffocation mortelle par les ascarides lombricoïdes chez un adulte ; — Railliet (A.) et Marotel (G.), La Douve pancréatique, parasite des bœufs et des buffles en Cochinchine ; — Méguin (P.), Les parasites de la mort, une cause peu connue de la momification des cadavres ; — Laveran (A.), Existe-t-il une variété d'hématozoaire particulière au paludisme intertropical ? — Shipley (A.-L.), An attempt to review the family *Linguatulidæ* ; — Wardell (Ch.), Stiles and Hassall (A.), Notes on parasites. 48 An inventury of the genera and subgenera of the Trematode family. *Fasciolidæ* ; — Lucat (Ad.), Sur un nouveau cas de tuberculose strepto-bacillaire chez le lapin ; — Courmont (J.) et Nicolas (J.), Sur une tuberculose strepto-bacillaire d'origine bovine ; — Legrain (E.), Sur quelques affections parasitaires observées en Algérie ; — Nasonov (N.), Sur les organes phagocytaires des ascarides. — Cette publication s'annonce comme devant faire honneur à la science francaise.

Tableaux synoptiques de pathologie interne; par le Dr Villeroy. — Paris, J.-B. Baillière.

Condenser sous le plus petit volume possible la somme des connaissances nécessaires et suffisantes à tout praticien, tel a été le but poursuivi par le Dr Villeroy, en publiant ces *Tableaux synoptiques* où tous les sujets de la pathologie médicale se trouvent exposés sous une forme concise, frappant l'œil et l'esprit.

Ajoutons que l'auteur a su atteindre ce but d'une façon remarquable et l'on s'étonne de voir quelle abondance de détails il est parvenu à faire rentrer dans l'exposé de ces *Tableaux*. Chaque affection s'y trouve traitée suivant un plan simple et logique où les divisions ressortent nettement en gros caractères, ce qui permet à l'œil d'en prendre une vue d'ensemble. Etiologie, pathogénie, symptômes, diagnostic, traitement, rien n'y est oublié.

L'étude clinique des diverses affections est l'objet d'un développement particulier, où se trouvent résumées la plupart des notions de symptomatologie.

L'auteur insiste sur la description des formes cliniques, sans la connaissance desquelles le diagnostic tendrait souvent à s'égarer.

Ce livre rendra ainsi de grands services au praticien qui, en présence d'un cas clinique, pourra rapidement passer en revue les différentes notions qui s'y rattachent, discuter un diagnostic et donner ainsi une base solide à sa thérapeutique. Il sera également fort apprécié des étudiants qui, à la veille d'un examen ou d'un concours, aiment à repasser rapidement les matières qu'ils ont apprises dans les Traités, où elles sont si longuement exposées.

Le succès obtenu par cet ouvrage dès son apparition est d'ailleurs la meilleure preuve de sa grande valeur, et le Dr Villeroy, continuant sa tâche, vient de faire paraître ses *Tableaux synoptiques de pathologie externe*, qui trouveront auprès du public médical un accueil non moins favorable.

Les Centenaires. — Un pays de France où la mort ne trouve pas son compte, c'est assurément la commune de Saint-Menoux (Allier) où, sur une population de 750 habitants, l'on a constaté la présence au commencement de l'an de grâce 1898, de vingt-six vieillards comptant de 80 à 97 ans. La doyenne de ces doyens est Mme veuve Doux, fille Jamet, née le 21 mars 1801 à Igrande Cette quasi centenaire qui compte une propérité nombreuse : 68 petits-enfants ou arrière-petits-enfants, se porte à merveille et compte bien dépasser la centaine.

Accouchement de trois Enfants. — Un cas de fécondité très rare vient de se produire à Saint-Gilles-du-Gard. Une dame Robert a mis au monde trois enfants de sexe masculin fort bien constitués.

BIOGRAPHIE MÉDICALE

Les Médecins contemporains.

M. le Dr BUDIN.



Il était depuis longtemps désigné par tous, celui que la Faculté, à l'unanimité (moins deux bulletins blancs), vient d'appeler à succéder au regretté Pr Tarnier, dans la chaire de clinique obstétricale, et de fait nul choix ne fut mieux justifié, nulle candidature ne s'imposa jamais par autant de titres, au point d'éloigner toute compétition.

Né à Enencourt-le-Sec (Oise), le 9 novembre 1846, Budin (Pierre-Constant) fut nommé premier au concours de l'externat en 1869. Interne de 1872 à 1875, il passa à la Maternité la première partie de 1872 dans le service de médecine avec Hervieu, et la seconde moitié de 1872 et l'année 1875 avec M. Tarnier. Il se livra à d'intéressantes recherches, en particulier sur la ligature du cordon ombilical et sur la tête fœtale. Ce dernier point fut l'objet de sa thèse de doctorat qu'il soutint en 1876. Il concourut pour le clinicat en 1878, resta chef de clinique deux ans, puis en 1880 fut nommé professeur agrégé. Depuis sa thèse, outre les travaux personnels qu'il produisait, le Dr Budin avait appris les langues étrangères, avait visité presque toutes les Maternités d'Europe, séjournant davantage dans les pays dont il voulait plus particulièrement approfondir la langue. Pouvant se tenir au courant de tous les progrès de la science en France et à l'étranger, Budin se présentait donc armé de toutes pièces pour l'enseignement.

En 1882, eut lieu un concours pour la nomination de 4 accoucheurs des hôpitaux. On se souvient encore des luttes si vives qui suscita la création de cet ordre de praticiens. Le *Progrès Médical* y prit une part active, et c'est en grande partie à l'énergique campagne menée par son rédacteur en chef que cette réforme si importante et si nécessaire put d'être enfin réalisée. Le Dr Budin fut nommé le premier à ce concours, ce qui lui permit de choisir l'hôpital de la Charité que son voisinage de la Faculté rendait plus accessible aux étudiants, car indépendamment de l'enseignement théorique dont il était officiellement chargé, il avait surtout à cœur de faire un enseignement pratique. Malheureusement en 1883 la maladie survint qui l'obligea de quitter ses cours, de quitter l'hôpital pour aller dans le Midi. C'est là que Lawson Tait (de Birmingham) vint l'opérer en mai 1885 d'un kyste du foie méconnu jusqu'après la laparotomie, kyste contracté probablement pendant un assez long séjour à Berlin, alors que Budin suivait l'enseignement de Schroder.

L'opération parut l'avoir guéri; l'opéré était revenu à ses cours et à son service, mais quelques mois après, en octobre 1885, son ami Leudet (de Rouen) constatait un autre kyste occupant la convexité du foie, sous le diaphragme. Malgré cela, malgré ses souffrances, en attendant que le kyste devînt accessible et opérable, Budin continua sa vie scientifique active. Il remplit, comme agrégé, les fonctions de professeur à la Clinique d'accouchements de la Faculté en 1887 et 1888, et il en profita pour établir une organisation nouvelle de l'enseignement des étudiants (création de moniteurs, etc.), organisation adoptée depuis dans d'autres services. Au moment voulu, une seconde opération, une ponction suivie d'injection de sublimé, fut faite par Terrillon et Bouilly, en présence des Prs Brouardel, Potain, Bouchard qui n'avaient cessé de lui prodiguer leurs soins affectueux. Cette fois la guérison fut définitive.

Toutefois, le temps n'avait pas été perdu : pendant cette période, Budin avait publié un volume : *Obstétrique et Gynécologie*, et le tome II du *Traité d'Accouchements* de Tarnier et Chantreuil avait paru. C'est qu'en effet, à la mort de Chantreuil, le Pr Tarnier avait demandé à son élève Budin sa collaboration pour le second volume, et dans la préface de ce livre, il a donné lui-même les raisons de son choix.

« De tous mes anciens internes, dit le Pr Tarnier, M. Budin m'a paru être celui qui pouvait le mieux, sans nuire à ses travaux personnels, trouver le temps de rédiger avec moi le second volume de ce traité. Je lui ai donc demandé d'être mon collaborateur et il a accepté. M. Budin a été pendant deux ans, chef de clinique d'accouchements; il est aujourd'hui professeur agrégé à la Faculté de Médecine, et il a publié plusieurs mémoires originaux; son nom est donc bien connu du public médical. Son zèle pour la science, son ardeur au travail, sa connaissance approfondie des langues étrangères me rendent sa collaboration très précieuse et mes lecteurs applaudiront, j'en suis certain d'avance, au choix que j'ai fait. »

En 1889, M. Budin fit paraître un volume de *Leçons cliniques*. La même année, l'Académie de Médecine lui ouvrait ses portes. Dans cette assemblée, comme ailleurs, il sut se faire écouter, et on sait avec quel succès il soutint son rapport au sujet de l'autorisation à accorder aux sages-femmes de prescrire les antiseptiques et avec quelle vigueur il soutint le sublimé, le meilleur et le plus sûr des antiseptiques.

En 1891 parut la *Pratique des Accouchements à l'usage des sages-femmes*, ouvrage fait en collaboration avec le Pr Crouzat. Ce livre qui est entre les mains de toutes les sages-femmes et de beaucoup de praticiens, en est à sa seconde édition.

Mais une question d'une importance capitale vint à cette époque occuper le Dr Budin ; celle de l'*allaitement des nouveau-nés* Partisan convaincu de l'allaitement maternel qu'il prône et qu'il encourage de toutes ses forces, M. Budin cherchait quels étaient les meilleurs moyens de compléter l'allaitement maternel insuffisant et au besoin le remplacer. En effet, lorsque les femmes du peuple n'ont point assez de lait, ou qu'elles n'en ont pas du tout, au lieu de confier leur enfant à une nourrice étrangère insuffisamment surveillée, ne vaut-il pas mieux trouver le moyen de lui continuer les soins attentifs et dévoués de sa mère, et le préserver du choléra infantile? Budin a fait faire un pas immense à cette question en montrant quels énormes services peut rendre le lait stérilisé dans l'alimentation des nourrissons. Il ne cesse d'ailleurs d'étudier ce sujet qui est l'objet constant de ses préoccupations.

En 1895, M. Guéniot, chirurgien de la Maternité, fut mis à la retraite. M. Budin, sollicité par M. le Directeur général de l'Assistance publique, M. Peyron, se décida avec regret à quitter la Maternité de la Charité qu'il avait pour ainsi dire créée, où il avait ses élèves, sa consultation de nourrissons, un personnel choisi, et il vint à la Maternité (École municipale d'accouchements) avec le titre nouveau d'accoucheur en chef. Ceux qui l'ont vu à l'œuvre à cette époque savent

ce qu'il a dû déployer d'énergie, d'activité, pour réorganiser l'École, et finir par faire dans ces vieux bâtiments un service propre. C'est là qu'il voulait terminer sa carrière, poursuivant les recherches qui lui étaient chères, songeant à la construction d'une nouvelle Maternité dont il avait lui-même donné les plans.

La même année, ses collègues l'envoyèrent les représenter au Conseil de surveillance, le Conseil municipal faisait appel à ses lumières et à son dévouement : il fut rapporteur général de la Commission du Lait qui siégeait depuis de longs mois à l'Hôtel-de-Ville et dont les travaux ont eu déjà des résultats si importants.

Enfin, le troisième volume du *Traité d'Accouchements*, complètement imprimé, et fait avec l'aide des élèves de M. Tarnier et des siens, va paraître dans quelques semaines.

Cette vie, toute de travail, aurait eu plus tôt le couronnement qu'elle vient d'obtenir si la maladie n'y eût apporté un obstacle ; mais il ne faut pas nous en plaindre, car elle a permis à Budin d'affirmer son autorité scientifique et de s'imposer à tous. Sa nomination était attendue, il devait succéder au maître dont il avait été le fidèle et dévoué collaborateur. Le Pr Tarnier, d'ailleurs, l'a pour ainsi dire désigné comme son successeur à la Faculté : dans un article spécial de son testament, il lègue ses publications à M. Budin et il l'indique formellement comme son héritier exclusif pour ses ouvrages scientifiques.

Je n'énumérerai pas ici tous les travaux du Pr Budin, la liste en serait trop longue. On les trouvera condensés dans les trois volumes suivants : *Obstétrique et Gynécologie* publié en 1886 ; *Leçons de Clinique obstétricale*, publié en 1889 ; *Femmes en couches et Nouveau-nés*, publié en 1897. — Comme ouvrages didactiques, les tomes II et III du *Traité d'accouchement* de Tarnier : enfin *La Pratique des accouchements à l'usage des sages-femmes*, dont il vient d'être tiré une seconde édition.

Tous ces travaux sont marqués au coin de l'originalité et de la rigueur scientifique ; chacun d'eux a fait faire un pas en avant à la science ; la plupart des idées qui y sont émises sont aujourd'hui classiques non seulement en France mais à l'étranger.

Ennemi du bruit et de la réclame, le Dr Budin a travaillé dans le silence, n'avançant jamais rien qu'il n'eût consciencieusement vérifié.

Un de nos confrères l'a dépeint récemment ainsi :

« Laborieux, infatigable, sevère à lui-même et aux autres, praticien de grande habileté, théoricien fort savant, esprit cultivé, lettré, susceptible d'idées générales, il a toutes les qualités du maître, du chef d'École, et nul mieux que lui n'est capable de prendre en main les intérêts de la science obstétricale française...

« Les étudiants savent déjà que son École est celle de la méthode, de la rigueur scientifique, de l'exactitude au devoir, et ils connaissent toutes les qualités de grande loyauté, de fidélité, de bonté qui achèvent de faire du nouveau professeur un maître comme il fait bon d'en rencontrer sur son chemin. »

On ne pouvait mieux dire. L.

VARIA

L'acquittement du Dr Laporte.

L'acquittement du Dr Laporte par la 7e chambre de la Cour est un fait accompli.

L'arrêt, relevant d'abord les circonstances de fait de l'opération pratiquée sur Mme Fresquet, rappelle que la malade était depuis quarante-huit heures dans les douleurs de l'enfantement, quand on a songé à appeler le médecin. La Cour décide ensuite qu'on ne saurait faire grief au Dr Laporte d'avoir, dans son opération, employé une aiguille à matelas, le cas étant urgent et les plus grands auteurs permettant de se servir, dans de telles circonstances, du premier instrument venu. Quant au reproche fait par les premiers juges au docteur de n'avoir pas guidé l'aiguille avec sa main, la Cour déclare qu'il n est pas justifié et qu'à ce sujet les témoins de l'opération se sont forcément trompés. En effet, aucune érosion des organes n'a été constatée à l'autopsie. Il n'y a donc aucune faute grave à reprocher au Dr Laporte : il résulte, au contraire, de toutes les circonstances du procès qu'il a accompli son devoir professionnel et cela dans les conditions de fait les plus difficiles.

Voici les considérants de l'arrêté :

Considérant qu'en présence des constatations décisives des experts commis par la justice, confirmées par les déclarations mêmes du prévenu, on ne saurait mettre en doute que le Dr Laporte ait, par des lésions faites au cours de l'opération de la craniotomie, involontairement causé la mort de la femme Fresquet ; mais que, pour statuer sur la prévention relevée contre lui, il faut, en outre, rechercher si ce fait établi constitue à sa charge, dans les circonstances où il s'est produit, une faute lourde caractérisant le delit d'homicide par imprudence ou maladresse puni par l'article 319 du Code pénal, visé par la poursuite ;

Considérant que, pour arriver à une appréciation équitable de la responsabilité engagée par le résultat funeste de l'opération, il faut tout d'abord mettre en relief qu'au point de vue de l'indication clinique de cette opération, les experts concluent expressément, qu'en commençant par appliquer le forceps et en se décidant, après les applications infructueuses du forceps, à recourir à la craniotomie, le Dr Laporte s'est conformé aux indications que comportait la situation et a observé, sur ce point, toutes les règles de l'art de l'accouchement ;

Qu'ils déclarent, même, qu'en raison de la nécessité urgente de l'intervention, il était autorisé, comme bien des praticiens l'ont déjà fait avant lui, et comme le rappellent à ce sujet les traités classiques d'obstétrique, à recourir à tout instrument quelconque approprié, qui se trouvait sous sa main, justifiant ainsi l'emploi de l'aiguille à matelas, qui la causé les lésions mortelles;

Considérant que le défaut d'aseptisation des différents instruments employés en cours d'accouchement, n'étant pas reconnu comme une des causes de la mort de la femme Fresquet, cette négligence reprochée à Laporte doit être écartée du débat ;

Considérant que le jugement retient, contre le prévenu, un premier grief, que n'avait pas relevé le réquisitoire du ministère public, en lui reprochant, comme une faute grave, de n'avoir pas cherché à s'assurer, avant de procéder à une opération difficile, qu'il tentait pour la première fois, le concours d'un second médecin ;

Mais, considérant que les experts constatent dans leur rapport, que la longueur du travail, l'insuffisance des efforts d'expulsion, la mort de l'enfant, étaient des indications urgentes de terminer artificiellement l'accouchement ;

Qu'appelé tardivement, comme médecin du service de nuit, dont le règlement ne prévoit pas dans son texte l'appel ou concours d'un second medecin, auprès d'une femme qui avait manifesté sa volonté de faire ses couches chez elle et qui, d'ailleurs, à ce moment n'était pas transportable sans sérieux danger, Laporte se trouvait, selon l'expression de M. le Pr agrégé Maygrier à l'audience, acculé, après les applications infructueuses du forceps, à ce dilemme terrible : ou ne pas faire l'operation, et la femme succombait ; ou faire, dans des conditions particulièrement difficiles, l'operation qui offrait la seule chance de salut pour la parturiente;

Que ces considérations dégagent pleinement de ce chef la responsabilité de Laporte, que les experts approuvent de n'avoir pas hesité à accepter ainsi la mission penible de delivrer, seul, cette femme, chez elle, dans les conditions les plus défavorables;

Considérant que le jugement retient contre l'appelant une seconde faute commise au cours de l'opération, faute qui aurait consisté à introduire directement l'aiguille dans les organes genitaux, en se bornant à entr'ouvrir avec les doigts l'orifice vulvaire, au lieu de prendre la précaution indispensable d'assurer la direction voulue de l'instrument en le guidant profondément sur les doigts, de manière à mener sûrement, sans deviation dangereuse, la pointe en contact avec le crane fœtal qu'il cherchait à perforer,

Mais considérant que le seul examen des lésions ne permet pas aux experts de reconnaître si elles sont le résultat d'un accident operatoire ou d'une faute opératoire;

Qu'ils declarent, en effet, que ces mêmes lésions utérines ou vésicales pourraient avoir été produites, alors même que l'instrument aurait été protégé, avec tout le soin necessaire, par la main de l'operateur; qu'elles peuvent dès lors, ne révéler qu'un accident opératoire, qui n'est pas sans exemple dans la science ;

Que les experts font d'ailleurs observer que ces lesions etaient difficiles à eviter avec un instrument tel que l'aiguille à matelas, autorisé par l'urgence de la situation, mais incommode à manier et à diriger avec sûreté en raison de sa tenuite, et qu'il n'est pas surprenant qu'une échappée ait pu se produire du coté des

parties molles de la mère au cours de son introduction répétée;

Qu'il résulte de ce qui précède que c'est en dehors des constatations techniques des experts, et seulement dans les témoignages des assistants et les déclarations du prévenu, que peut être recherchée la preuve judiciaire de la faute opératoire imputée à celui-ci;

Considérant à cet égard, que deux voisines, la femme Houbert et la femme Delanoé déclarent bien que Laporte introduisait directement l'aiguille dans les parties sexuelles sans aucune précaution, et sans la guider d'une façon quelconque;

Mais, considérant que la Cour ne saurait attacher assez de confiance à ces témoignages, pour les accepter comme la justification suffisante d'une prévention de la nature de celle qui est relevée contre le Dr Laporte; qu'il suffit, en effet, pour mettre en garde, sinon contre la sincérité, au moins contre la témérité des affirmations de ces deux femmes, de rappeler d'abord les circonstances dans lesquelles elles ont pu voir procéder l'opérateur, ensuite les inexactitudes matérielles signalées dans leurs déclarations, et enfin l'exagération même des termes de ces déclarations, exagération qu'expliquent à la fois les défiances éveillées chez les assistants par l'attitude et le langage de Laporte, n'ayant pas su dominer en leur présence sa nervosité naturelle, surexcité par la gravité de la situation, en qui ils avaient bientôt reconnu un opérateur novice, et l'émotion inspirée à tous par l'emploi dans ces conditions d'instruments inusités pour délivrer la parturiente;

Que la sage-femme, d'ailleurs, dont le témoignage offrirait plus de garantie de compétence, mais qui, occupée à l'administration du chloroforme, n'a pu distinguer nettement les détails de l'opération, a déclaré qu'elle croyait, sans pouvoir toutefois l'affirmer, que Laporte, quand il a introduit l'aiguille, s'est servi du doigt indicateur pour la diriger;

Considérant, d'autre part, qu'on ne saurait opposer à Laporte, ainsi que l'ont fait les premiers juges, un aveu résultant de ses déclarations dans l'information; que s'il a bien reconnu n'avoir pas vérifié avec le doigt la perforation du crâne produite par l'aiguille, il a toujours protesté devant le magistrat instructeur et à l'audience contre la faute opératoire qui lui était reprochée;

Considérant au surplus, que l'intégrité des organes de l'appareil digital, constatée à l'autopsie, après l'application du forceps et l'emploi du ciseau à froid et alors que l'opérateur a réussi, au cours de la craniotomie, à faire suivre à l'aiguille à travers ces organes le parcours nécessaire pour arriver jusqu'à la tête fœtale, qu'il a perforée, ne permet pas facilement d'admettre, quelque complète que fût la dilatation chez la parturiente, que Laporte ait pu procéder à l'introduction de l'instrument sans lui imprimer une direction voulue et obtenue;

« Considérant, enfin, qu'il faut s'attacher à ce motif péremptoire que les experts, même en tenant pour constantes les affirmations ci-dessus écartées par la Cour, des témoignages reçus dans l'information dont ils avaient eu communication et qu'il ne leur appartenait pas de discuter, sont arrivés à des conclusions consignées en ces termes dans leur rapport écrit :

« Laporte, en accouchant la femme Fresquet et notamment en « pratiquant la craniotomie, n'a pas opéré avec la *prudence* et « l'*habileté* DÉSIRABLES »;

Que les experts ont tenu à préciser le sens et la portée de ces conclusions, en faisant ressortir l'ensemble des circonstances atténuant à leur avis, dans la plus large mesure, la responsabilité du médecin qu'ils reconnaissaient comme engagée, dans les conditions et les termes qui viennent d'être rappelés, par l'issue fatale de l'opération;

Que M. le professeur agrégé Maygrier a ainsi résumé ces circonstances dans sa déclaration à l'audience : « Il y a lieu de tenir « compte : 1° des conditions absolument déplorables de milieu, « d'entourage, d'assistance et d'aide matérielle, dans lesquelles, « appelé déjà trop tardivement, Laporte a eu à intervenir, seul, « livré à lui-même au milieu de la nuit; 2° de son inexpérience « en matière de craniotomie, car il pratiquait cette opération pour « la première fois et était cependant impérieusement obligé de la « faire, puisqu'elle constituait la seule chance de salut pour la « parturiente; 3° de l'instrumentation défectueuse qu'il a eue à sa « disposition, et telle que des accidents opératoires pouvaient « être à redouter, même entre des mains plus expérimentées »;

Considérant qu'il suffit de mettre les termes de ces conclusions des experts en regard du texte de l'article 319 du Code pénal, pour reconnaître qu'il n'est pas rapporté à la charge de l'appelant la preuve suffisante d'un fait de nature à engager sa responsabilité pénale dans les termes de l'article susvisé;

Par ces motifs, infirme le jugement dont est appel; décharge l'appelant des condamnations prononcées contre lui; renvoie Laporte des fins de la poursuite sans dépens.

Les Congrès des vacances de Pâques 1898.

Pendant les prochaines vacances de Pâques auront lieu les Congrès ci-dessous :

1° CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE : 10-17 avril 1898, à MADRID. — L'*Agence de la Presse*, 93, boulevard Saint-Germain, Paris, a organisé des voyages à Madrid et en Espagne à cette occasion et est spécialement *autorisée à recevoir les cotisations* des Congressistes.

2° CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE : 12-17 avril 1898. — MONTPELLIER. — Nous sommes heureux de pouvoir annoncer à nos confrères que les Compagnies Paris Lyon-Méditerranée et Midi donneront aux billets d'aller et retour, pris par les Congressistes, pour se rendre à Montpellier, une prolongation de délai suffisante pour permettre le retour après la clôture du Congrès. L'Etat accorde une réduction de 50 pour 100 sur ses lignes aux mêmes Congressistes. Tous les renseignements peuvent être demandés à M. le Pr Carrière, 10, rue du Jeu-de-Paume, à Montpellier.

3° CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES : 12 avril 1898. — PARIS.

4° IIIe CONGRÈS BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL, PARIS, 1898. — S'adresser à l'Institut de Bibliographie à ce propos.

5° CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE. — PARIS, 22-24 avril 1898.

Les dangers du Jeu de Football et les Mères américaines.

Une protestation surprenante, étant donnée la personne dont elle émane, vient de s'élever contre la suppression du jeu de football en Georgie. La propre mère du jeune Gammon, dont la mort, résultant des blessures qu'il avait reçues dans le match de football entre les Universités de Georgie et de Virginie à Atlanta, avait provoqué cette mesure, regrette que la mort de son fils ait pu servir d'argument contre le développement de l'éducation athlétique dans l'université de Georgie. La lettre que vient d'écrire dans ce sens Mme Gammon au recteur de cette Université mérite d'être connue; elle peint sous un jour digne de l'antique les mères américaines :

« Vous feriez la plus grande faveur à la famille de Gammon, si par votre influence vous pouviez empêcher que sa mort ne servît d'argument préjudiciable à la cause des sports athlétiques et à leur progrès dans l'Université. Son affection pour son collège et l'intérêt qu'il prenait dans ces sports virils, en dehors desquels il jugeait impossible d'atteindre au type supérieur de l'humanité, est bien connue de ses camarades et de ses amis, et il serait indiciblement triste de voir cette cause qui lui était si chère frappée par son sacrifice. Permettez-moi donc d'exprimer la requête que la mort de mon fils ne puisse servir de prétexte pour combattre ce qui fut le plus cher objet de sa vie. »

Mme Gammon termine ce curieux plaidoyer en approuvant un écrit du Dr Herty, qui propose d'apporter, pour la sécurité des étudiants, quelques modifications à la manière dont on pratique ce sport en Amérique et en Angleterre, où les équipes de joueurs se livrent des luttes furieuses pour s'emparer du ballon. — Voilà des mères qu'on ne trouve qu'en Amérique. De telles femmes font de vrais hommes ! M. B.

La responsabilité médicale.

La *Revue des Deux-Mondes* a publié un important article de M. Brouardel sur la *responsabilité médicale*. L'éminent doyen de la Faculté de Médecine fait autorité dans ces délicates matières: aussi est-il fort agréable et, si l'on ose dire, rassurant de constater la modération et l'impartialité de ses conclusions. La légende, dit-il, en substance, c'est l'impunité absolue des médecins. « Ils ont cet heur, dit Montaigne, que le soleil éclaire leurs succès et la terre cache leurs fautes. » Aussi Molière met-il dans la bouche du poète la phrase fameuse : *Dono tibi et concedo virtutem et puissantiam medicandi, purgandi, saignandi, taillandi, coupandi et occidendi impune per totam terram.* Mais la réalité n'est pas conforme à la légende, et depuis longtemps ou plutôt, à vrai dire, de tout temps, il y a eu une responsabilité médicale. Elle est admise, sous des formes et à des degrés différents, dans toutes les législations étrangères. Elle figurait dans le droit romain C'est dans la loi Aquilia qu'il est pour la première fois parlé de la *culpa gravis*, la faute lourde, qui sert de base à notre jurisprudence actuelle. Cette jurisprudence s'appuie, en l'absence de texte spécial, sur l'article 1382 du Code civil, aux termes duquel « chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence ». En 1835, le procureur général Dupin a précisé les cas

d'application. Les tribunaux ne peuvent intervenir dans la discussion des théories scientifiques, comme ce Parlement du dix-septième siècle qui interdisait la transfusion du sang, à la grande indignation du spirituel Gui Patin. Il faut, pour que le médecin soit justiciable des tribunaux ordinaires, qu'il y ait eu négligence, légèreté ou méprise grossière, *culpa gravis*, par exemple erreur de dose transformant un médicament en poison. M. Brouardel estime qu'il est inutile, dangereux — et inopportun — de réclamer, comme le font quelques-uns de ses jeunes confrères, la proclamation d'une irresponsabilité médicale absolue, qu'on ne fera accepter ni au Parlement ni à l'opinion publique. *Il rejette*, comme impraticable, *le projet de constitution d'un ordre des médecins*, et il conclut au maintien de l'état actuel, comme offrant toutes les garanties nécessaires au médecin et au... malade.

Les accidents dus à la Vaccine à Londres.

Dernièrement, à Londres, il s'est déroulé toute une série de tristes incidents propres à développer l'ardeur des membres de la Ligue contre la vaccine obligatoire. Dans le quartier de Battersea, trois enfants âgés de moins d'un an ont succombé à des érysipèles déterminés par la vaccine, et cinq autres enfants récemment vaccinés sont également en traitement dans des hôpitaux voisins pour la même affection. Ces décès successifs ont alarmé la population au point que le coroner de Battersea a cru devoir procéder comme pour les cas de mort violente ou suspecte. Il a donc ouvert une enquête devant un jury composé par exception de vingt-trois jurés.

Trois séances ont été tenues l'autre semaine après chacun des trois décès, et les témoignages les plus importants ont porté naturellement sur les déclarations contradictoires formulées par une demi douzaine de médecins, les uns partisans, les autres adversaires de la vaccine. Finalement, le coroner a ajourné la suite de son enquête à un mois.

Jusqu'à l'expiration de ce délai, il se réserve de faire surveiller par des médecins spécialement délégués l'état des cinq enfants actuellement en traitement pour des maladies résultant des inoculations pratiquées conformément à la loi. Au cas où ces pauvres petits viendraient à décéder, il rappellerait immédiatement les mêmes jurés. Cette décision du coroner est de la plus haute importance. Depuis deux ou trois ans, l'agitation contre la vaccine obligatoire a conduit tellement de pères de famille devant les tribunaux, pour insoumission à la loi, que les magistrats ont perdu, pour la plupart, le courage de sévir. Quelle ne serait pas leur situation si les délinquants de demain pouvaient invoquer un verdict dénonçant la vaccine comme un agent de meurtre ?

Exercice illégal de la Médecine.

Bonaventure des Périers a indiqué l'état de l'exercice illégal de la médecine de son temps, dans l'un de ses *Contes*, que nous reproduisons, intitulé :

Du bateleur qui gage contre un duc de Ferrare, qu'il y avait plus grand nombre de médecins en sa ville, que d'autres gens; et comment il fut payé de sa gageure.

Un plaisant bateleur, assez bien reçu en plusieurs des bonnes maisons d'Italie, se présenta, un jour, au marquis de Ferrare, Nicolas, prince vertueux et fort récréatif, qui, pour expérimenter ce plaisant, lui demanda en riant : « Quel plus grand nombre il estimait qu'il y eût de personnes, exerçant un même état et vacation, en la ville de Ferrare? » Le bateleur, connaissant l'humeur du marquis, se proposa d'attirer à soi de son argent, sous couleur de gageure; et lui rendant réponse à ce qu'il lui avait demandé, lui dit :

« Eh! qui est celui qui doute que le nombre des médecins ne soit plus grand en cette ville, que de tous autres états? — O pauvre sot! dit le marquis : il appert bien que tu n'as pas beaucoup fréquenté en cette ville, vu qu'à grand'peine y pourrait-on trouver deux médecins, soit naturels ou étrangers. »

Le bateleur répliqua et dit : » Oh ! qu'un prince est empêché en grandes et urgentes affaires, qui n'a visité ses villes, et ne sait quels sujets et vassaux il a ! » Alors le marquis dit au bateleur : « Que veux-tu payer, si ce que tu m'as assuré n'est trouvé véritable? — Mais, dit le bateleur, que me donnerez-vous, s'il vous en apparait, et qu'il soit véritable ? »

Dès lors, accordèrent le marquis et le bateleur, de ce que le perdant donnerait au gagnant. Par quoi, le lendemain au matin, le bateleur vint à la porte de la maîtresse église de la ville, vêtu de peaux, ouvrant la bouche et toussant le plus fort qu'il pouvait, faisait accroire qu'il était bien malade. Et comme chacun qui entrait en l'église, l'avait aperçu, plusieurs lui demandaient quelle maladie le tourmentait; et leur disait que c'était le mal des dents, pour lequel guérir, plusieurs lui donnaient des remèdes; desquels il prenait leurs noms et remèdes, et les inscrivait en une petite tablette; et, afin de mieux assurer sa gageure, il se traînait par la ville, et priait les personnes qu'il rencontrait en son chemin, de lui enseigner quelque remède à son mal, et par ce moyen, remarqua plus de trois cents personnes qui lui avaient enseigné des remèdes : desquels il écrivit les noms et surnoms en ses tablettes. Ce qu'ayant fait, entra en la maison du marquis, lequel vit à table comme il dînait; et se présenta à lui, ainsi embéguiné qu'il était, faisant semblant d'être bien tourmenté de maladie. Et comme le marquis l'eut aperçu, ne pensant aucunement que ce fût son bateleur; et qu'il lui dit, qu'il commençait un peu à se bien porter de ses dents : « Prends, dit le marquis, la médecine que je t'ordonne, et prie M. saint Nicolas, et tu seras incontinent guéri. » Le bateleur, ayant entendu cette recette, s'en retourna en sa maison, prit une feuille de papier, et écrivit tous et un chacun les remèdes et les noms des personnes qui les lui avaient donnés, et mit en premier lieu le marquis; et conséquemment les uns les autres en leurs rangs. Trois jours après, faisant semblant d'être quasi guéri, s'étant noué la gorge, et embéguiné comme auparavant, s'en vint trouver le marquis, lui montrant sa feuille de papier où il avait écrit tous les remèdes qu'on lui avait donnés, et requiert qu'il lui fasse délivrer sa gageure. Le marquis, ayant lu ce qui était écrit en cette feuille de papier, et aperçu qu'il tenait le premier lieu entre les médecins, se prit à rire avec toute sa compagnie, qui était informée de ce fait ; et, se confessant vaincu par le bateleur, commanda qu'on lui délivrât ce qu'il lui avait promis. »

Les choses n'ont guère changé depuis Bonaventure des Périers. Et elles ne changeront pas de sitôt à moins que, en cas d'accident, on ne rende responsables, d'une façon sérieuse, les médecins d'occasion, les charlatans de toute catégorie et à moins aussi que la population, plus instruite, ne comprenne qu'elle doit s'adresser, pour réparer son corps malade, à celui qui a appris la profession de médecin, de même qu'elle s'adresse à l'horloger et non à l'épicier pour réparer sa montre détraquée.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 14. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Broca, Sébileau.— 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Reynier, Ricard. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Monod, Delbet, Bonnaire. — (2e *série*) : MM. Delens, Humbert, Varnier. — 2e définitif d'Officiat : MM. Potain, Reclus, Widal. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Tillaux, Kirmisson, Walther. — (2e *série*) : MM. Marchand, Segond, Tuffier. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Déjerine, Gaucher.

MARDI 15. — Médecine opératoire : MM. Rémy, Nélaton, Poirier, — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Budin, Richelot, Thiery. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Widal, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Polaillon, Campenon, Quénu. — (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Cornil, Charrin, — (2e *série*). MM. Debove, Raymond, Marfan.

MERCREDI 16. — Médecine opératoire : MM. Kirmisson, Ricard, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Delens, Segond, Varnier. — (2e *série*) : MM. Ribemont-Dessaignes, Humbert, Tuffier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (3e *série*) : MM. Monod, Reclus, Bonnaire. — (2e *partie*) : MM. Landouzy, Netter, Gilles de la Tourette.

VENDREDI 18. — Dissection : MM. Delbet, Poirier, Walther. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Reclus, Humbert, Bonnaire. — (2e *partie*) : MM. Potain, Gaucher, Widal — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* : (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Delens, Kirmisson, Sicard. — (2e *série*) : MM. Tillaux, Monod, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Grancher, Gilles de la Tourette. — (1re *partie*) Obstétrique : MM. Marchand, Ribemont Dessaignes, Varnier.

SAMEDI 19. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Campenon, Thiery. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Blanchard, Remy, Poirier. — (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Hutinel, Ballet — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Gilbert, Achard. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Raymond, Ménétrier, Roger. — (2e *série*) : MM. Debove, Chantemesse, Marie. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Richelot, Maygrier.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MARDI 15. — M. de Nittis. La participation de l'organisme dans l'immunité. — M. Beigbéder. Du délire dans l'érysipèle.— M. Roger. De la perforation de l'estomac dans la phtisie. — M. Rodat. Le diabète hydrurique. — M. Colomby. Recherches sur le traitement de la rétention du placenta dans l'avortement. — M. Manfredi. Du traitement des métrites par les lavages intra-utérins sans dilatation préalable.

MERCREDI 16. — M Szumlanski. Un cas d'arthropathie tabétique précoce à forme hypertrophique chez un vieillard. — M. Arnault. Contribution à l'étude du traitement des fractures de la clavicule. — Mlle Bakradzé. Traitement chirurgical du pied-bot paralytique. — M. Riou. Contribution à l'étude des corps étrangers des synoviales tendineuses. — M. Bonfils. Contribution à l'étude des lésions de l'artère axillaire dans la réduction de l'épaule. — Déductions thérapeutiques. — M. Gravier. Incontinence d'urine liée au prolapsus génital.

SAMEDI 19. — M. Cros. De l'électrolyse bipolaire appliquée au traitement des angiomes et des nœvi-materni. — M. Sallé. Du massage dans les fractures communes de l'olécrane. — M Bouvart. Diagnostic et traitement des luxations sous-astragaliennes récentes.

Enseignement medical libre.

Institut Psycho-Physiologique, 49, rue Saint-André-des-Arts. *Cours et Conférences du semestre d'hiver* 1897-1898. — Jeudi 17 mars, à 5 heures, M. le Dr Henry LEMESLE : *Les aliénés criminels.* — La plupart des conférences seront accompagnées de présentations de malades, de démonstrations cliniques de psychothérapie, de démonstrations expérimentales et de présentations d'appareils.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 27 février au samedi 5 mars 1898, les naissances ont été au nombre de 1.323, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 459, illégitimes, 166. Total, 625. — *Sexe féminin* : légitimes, 394, illégitimes, 141. Total, 535.

MORTALITE A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424 705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 27 février au samedi 5 mars 1898, les décès ont été au nombre de 1.471, savoir : 476 hommes et 995 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 1. T. 4.— Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.— Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M 9, F. 8, T. 17. — Scarlatine M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 2, F. 4, T. 6. — Diphtérie, Croup : M. 1, F. 3, T. 4. — Grippe : M. 11. F. 9, T. 20. — Phtisie pulmonaire : M. 116, F. 70, T. 186. — Méningite tuberculeuse : M. 14, F. 10, T. 24. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 9, T. 19. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 26, T. 46. — Méningite simple : M. 14, F. 13, T. 27. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 30, F. 25, T. 55. — Paralysie, M. 2, F. 9, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 5, T. 9.— Maladies organiques du cœur : M. 34, F. 46, T. 70 — Bronchite aiguë : M. 11, F. 12, T. 29.— Bronchite chronique : M. 13, F. 18, T. 31.— Broncho-pneumonie : M. 31, F. 21, T. 52. — Pneumonie : M. 25, F. 23, T. 48. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 31, F. 21, T. 52.— Gastro-entérite, biberon : M. 31, F. 25, T. 56. — Gastro-entérite, sein : M.25, F. 23, T. 48. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 3, T. 6. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 10, F 10, T. 20. — Fièvres et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2.— Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 19, F. 12.— T. 31. Sénilité : M. 12, F. 27, T. 39. — Suicides : M. 8, F. 2, T. 10. — Autres morts violentes : M. 9, F. 8, T. 17. — Autres causes de mort : M. 74, F. 67, T. 141. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 1, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 68, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 19, illégitimes, 15. Total : 34. — *Sexe féminin* : légitimes, 25, illégitimes, 9. Total : 34.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Conférences d'Anatomie pathologique.* — M. LETULLE, agrégé, a commencé ses conférences d'anatomie pathologique le lundi 7 mars 1898, à 2 heures (Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique. — N. B. Des démonstrations pratiques, gratuites, auront lieu, avant chaque conférence, de 1 h. 1/2 à 2 h., à partir du mercredi 9 mars, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Conférences de Thérapeutique. — M. GILBERT, agrégé, a commencé ses conférences le jeudi 10 mars 1898, à 3 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. — Programme des Conférences : Revision générale des agents thérapeutiques : 1° Agents psychiques ; 2° Agents physiques ; 3° Agents chimiques : Médicaments, Eaux minérales, Régimes alimentaires.

Cours complémentaire de Pathologie externe. — M. BROCA, agrégé, a commencé ce cours complémentaire le lundi 7 mars 1898, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Conférences d'Anatomie. — M. SEBILEAU, agrégé, a commencé ses conférences le mercredi 9 mars 1898, à 4 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants. à la même heure.

Cours de Clinique des maladies des voies urinaires (M. GUYON, professeur). — M. ALBARRAN, agrégé, chargé du cours, a commencé ses leçons le samedi 5 mars 1898, à 9 h. 1/2 du matin (hôpital Necker), et les continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure.

Conférences de Chimie biologique. — M. CHASSEVANT, agrégé (Amphithéâtre de physique et de chimie à la Faculté), les mercredis, vendredis et lundis. à 4 heures.

Cours complémentaire d'Accouchements. — M. VARNIER, agrégé (Grand Amphithéâtre de l'Ecole Pratique), les jeudis, samedis et mardis, à 6 heures.

Conférences de Pathologie externe. — M. WALTHER, agrégé (Grand Amphithéâtre de l'Ecole Pratique), les jeudis, samedis et mardis, à 5 heures.

Laboratoire de Pharmacologie et Matière médicale. — Etude du Droguier. — Le laboratoire de pharmacologie et matière médicale est ouvert à MM. les Etudiants de 3e et 4e années, pour l'étude du Droguier. MM. les Etudiants doivent se faire inscrire au laboratoire pour ces travaux pratiques et les interrogations, tous les jours, de 1 heure à 3 heures, sur la présentation de leur feuille d'inscriptions : ils seront mis en série ; et une convocation spéciale leur sera adressée pour indiquer le jour où ils seront admis à ces travaux

Cours de Pathologie interne. — M. le Pr HUTINEL (Grand Amphithéâtre de la Faculté), les jeudis, samedis et mardis, à 3 heures.

Cours de Physique biologique. — M. le Pr GARIEL (Amphithéâtre de Physique), les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures. — Objet du cours : Applications de la méthode graphique aux sciences biologiques. Notions de mécanique animale. Chaleur ; ses applications à la physiologie et à la médecine. Ce cours est destiné aux élèves de 1re et de 2e années.

Cours de Clinique des maladies des enfants. — M. le Pr GRANCHER commencera le cours de clinique des maladies infantiles le samedi 12 mars 1898, à 4 heures de l'après-midi (Hôpital des Enfants-Malades), et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure. Les cours complémentaires continueront comme pour le semestre d'hiver.

Cours de Pathologie et Thérapeutique générales. — M. le Pr BOUCHARD (Petit Amphithéâtre de la Faculté), les samedis, mardis et jeudis, à 5 heures. Cours ajourné.

Cours d'Hygiène. — M. le Pr PROUST (Grand Amphithéâtre de la Faculté), les samedis, mardis et jeudis, à 4 heures.

Cours de Médecine légale. — M. le Pr BROUARDEL (Grand Amphithéâtre de la Faculté), les lundis et vendredis, à 4 heures. Le professeur traitera : De l'Exercice de la Médecine.

Cours de Médecine opératoire. — M. le Pr TERRIER (Grand Amphithéâtre de l'Ecole Pratique), les mercredis, lundis et vendredis, à 4 heures.

Cours d'Histoire naturelle médicale. — M. le Pr R. BLANCHARD (Petit Amphithéâtre de la Faculté), les mercredis, vendredis et lundis, à 3 heures. — Objet du cours : Principaux parasites de l'homme et maladies qu'ils déterminent.

ACADÉMIE DE MEDECINE. — *Renouvellement des commissions de prix pour* 1898. - *Prix de l'Académie* : MM. Cornil, François-Franck, Duguet. — *Prix Alvarenga* : MM. Landouzy, Planchon, Laveran. — *Prix Aubert* : MM. Bouchard, Lannelongue. Rendu. — *Prix Baillarger* : MM. Laborde, Magnan, Motet — *Prix Barbier* : MM. Rendu, Railliet, Besnier. — *Prix Boullard* : MM. Napias, Dumontpallier, Magnan. — *Prix Bourceret* : MM. Marey, Malassez, Weber. — *Prix Buignet* : MM. d'Arsonval, Cavenin, Bourquelot. — *Prix Buisson* : MM. Javal, Lucas-Championnière, Fernet. — *Prix Capuron* : MM. Charpentier, Gueniot, Porak. — *Prix Chevillon* : MM. Potain, Pinard, Périer. — *Prix Civrieux* : MM. Empis, Cadet de Gassicourt, Magnan. — *Prix Clarens* : MM Roussel, Vallin, Napias.— *Prix Daudet* : MM. Ranvier, Lucas-Championnière, Cornil. — *Prix Desportes* : MM. Edwards, Laboulbène, Ferrand. — *Prix Falret* : MM. Brouardel, Lancereaux, Debove. — *Prix Godard* : MM. Kelsch, Hérard, Duguet. — *Prix Herpin* (de Metz) : MM. Chauvel, Guyon, Fournier. — *Prix Herpin* (de Genève) : MM. Dieulafoy, Huchard, Ducquoy. — *Prix Huguier* : MM. Budin, Polaillon, Pozzi. — *Prix Laborie* : MM. Labbe, Tillaux, Richelot. — *Prix Laennec* : MM. Pozzi, Cadet de Gassicourt, Grancher. — *Prix*

Larrey : MM. Chauveau, Marty, Laboulbène. — *Prix Laval* : MM. Jaccoud, Mathias-Duval, Brouardel. — *Prix Louis* : MM. Duclaux, Laborde, Nocard. — *Prix Mège* : MM. Hallopeau, Hayem, Regnard. — *Prix Meynet* : MM. Monod (Charles), Le Dentu, Duplay. — *Prix Monbinne* : MM. Leblanc, Blanchard, Delorme. — *Prix Nivet* : MM. Vallin, Proust, Lereboullet. — *Prix Orfila* : MM. Henriot, Jungfleisch, Pouchet. — *Prix Portal* : MM. Dieulafoy, Trasbot, Roux. — *Prix Roger* : MM. Le Roy de Méricourt, Guéniot, Cadet de Gassicourt. — *Prix Saintour* : MM. de Lacaze-Duthiers, Duguet, Chatin (Joannès), Berger, Megnin. — *Prix Stanski* : MM. Robin, Dumontpallier, François-Franck. — *Prix Tremblay* : MM. Fournier, Hallopeau, Guyon. — *Prix Vernois* : MM. Monod (Henri), Gautier, Proust.

Service de santé militaire. — Les Médecins de Ire classe : Moussu, directeur du service de santé de la division d'Alger, est nommé directeur du service de santé du 15e corps d'armée. Rouflay, directeur du service de santé de la division d'Oran, est nommé directeur du service de santé de la division d'Alger. Lepage, médecin chef de l'hôpital militaire du Dey, à Alger, est nommé directeur du service de santé de la division d'Oran. Blaise, médecin chef de l'hôpital militaire de Toul, est désigné pour l'emploi de médecin chef à l'hôpital militaire de Nancy.

Sont promus Médecins principaux de 1re classe, les Médecins principaux de 2e classe : MM. Pierrot, sous-directeur de l'Ecole du service de santé militaire, maintenu. Laurens, médecin chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains, maintenu. Crussard, médecin chef de l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis, maintenu. Poignon, médecin chef de l'Ecole d'application de l'artillerie et du génie, à Fontainebleau, maintenu. Bar, médecin chef de l'Ecole polytechnique, maintenu. Catteau, secrétaire du comité technique et chef de la section technique du service de santé, maintenu. — Médecins principaux de 2e classe, les médecins-majors de 1re classe : MM. Quivogne, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Lunéville, maintenu. Audet, à l'hôpital militaire de Bourges, désigné pour l'emploi de médecin chef de l'hôpital militaire de Rennes. Yvert, à l'hôpital militaire de Bordeaux, maintenu. Schneider, en mission à la légation de France en Perse, maintenu. Duchêne, à l'hôpital militaire de Nancy, maintenu. Julié, médecin chef à l'hospice mixte de Saint-Etienne, maintenu. Mussat, médecin chef de l'hôpital militaire de Toul, maintenu.

Muséum d'Histoire naturelle de Paris. — Mme Madeleine Lemaire est, par arrête du Ministre de l'Instruction publique, nommée professeur au Muséum d'Histoire naturelle et chargée du cours d'enseignement du dessin appliqué à l'etude des plantes. La première de ses conférences aura lieu au mois de mai.

Maison de Saint-Lazare. — *Concours pour l'admission à six emplois d'interne et six emplois d'interne provisoire collaborant au service médical de la Maison d'arrêt et de correction de St-Lazare.* — Le Préfet de Police, vu l'arrêté de M. le Ministre de l'Interieur en date du 12 décembre 1888 fixant le cadre du personnel médical de la Maison d'arrêt et de correction de St-Lazare ; vu l'arrêté du 28 février 1891 modifiant l'art. 2 de l'arrêté précité ; vu l'arrête du 2 mars 1891 concernant les conditions du concours à ouvrir pour l'admission à l'Internat ; vu l'arrêté du 12 janvier 1894 (art. 2) réglant les attributions du Préfet de Police relativement aux mesures préparatoires nécessaires au fonctionnement du concours ; vu l'arrête ministériel en date du 14 février 1898 prescrivant l'ouverture d'un concours destiné à provoquer la désignation de six internes et de six internes provisoires à l'infirmerie normale et à l'infirmerie spéciale de la Maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare ; arrête : Les candidats qui désireront prendre part au concours qui aura lieu le 18 avril 1898, se feront inscrire à la Préfecture de Police (Service du Personnel. — Caserne de la Cité). Le registre d'inscription sera ouvert le Ier mars à 10 heures du matin et sera clos definitivement le 31 mars à 4 heures. Les candidats qui seront admis à concourir, recevront en temps utile avis de la decision les concernant. Tout candidat devra : 1° justifier de la qualite de Français ; 2° être âgé de moins de 28 ans ; 3° être pourvu d'au moins douze inscriptions prises dans une Faculte de l'Etat et justifiees par un certificat de scolarité de date recente ; 4° n'être pas reçu Docteur en Médecine. Il devra joindre à sa demande rédigée sur papier timbré un certificat authentique sur timbre de son acte de naissance, une pièce établissant sa situation au point de vue militaire, l'indication de ses titres scientifiques ou hospitaliers et tous autres documents qu'il jugerait utile de présenter. Aussitôt après la clôture de la liste d'admission il sera donné communication de la liste des membres du Jury aux candidats admis qui en feront la demande. Tous liens de parenté ou d'alliance entre un des concurrents et un membre du Jury, devraient être signalés à l'Administration en vue de la modification de ce Jury. Le concours consistera : 1° en une composition écrite qui portera sur un sujet d'anatomie et de pathologie et pour laquelle il sera donné deux heures. Ce sujet sera choisi par tirage au sort, entre six questions arrêtées par le Jury, au début de la séance, tenues secrètes et closes sous enveloppes distinctes ; 2° en une épreuve orale sur un sujet concernant les maladies vénériennes (leçon de dix minutes après dix minutes de réflexion). Pour l'épreuve écrite, la note maxima sera de 30 points, elle sera de 20 points pour l'épreuve orale. Tous renseignements sur la situation faite aux Internes, seront fournis à la Préfecture de Police.

Conseil municipal. — Dans sa séance du 4 mars, le Conseil municipal de Paris a procédé à la nomination de son bureau. M. le Dr Navarre a été nommé président, et M. Astier, pharmacien, a été choisi comme l'un des deux vice-présidents ; nous adressons à tous deux toutes nos félicitations.

Ecole de Médecine de Caen. — M. Auvray, professeur de clinique médicale, est nommé, pour trois ans, à dater du Ier janvier 1898, directeur de ladite Ecole. — M. Frémont (Albert-Jules), docteur en médecine, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences physiques, est chargé, pour trois ans, des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale en remplacement de M. Gramont, démissionnaire.

Médecins candidats aux élections législatives de 1898. — Dans l'Indre on annonce la candidature du Dr Dumont, républicain, dans l'arrondissement d'Issoudun, en remplacement de M. Lecomte, radical, qui ne se représente pas. — On annonce aussi dans cet arrondissement d'Issoudun, la candidature progressiste du Dr Labonne qui a, assure-t-on, les plus grandes chances de triompher. (*Temps*).

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Lelong (de Chartres) a été nommé officier d'Académie. — Le *Journal officiel* du 8 mars 1898 porte que M. le Dr Wilhelm (de Paris) a été nommé officier de l'Instruction publique, au lieu d'officier d'Académie, comme il avait été publié par erreur. — On mande de Constantinople que M. le Dr Nicolle, qui dirige dans cette ville l'Institut Pasteur, a été décoré du grand cordon du Medjidié.

Nominations. — Les Docteurs en Médecine, dont les noms suivent, sont nommés membres des comités d'inspection et d'achats de livres des bibliothèques des villes suivantes : Guines : M. Ed. Brunelle. — Laon : M. Blanquinque. — Meulan : M. Rabel. — Montbrison : M. Hip. Dulac. — Rennes : MM. Delacourt, directeur de l'Ecole de Médecine, et Perrin de la Touche. — Saint-Claude : M. Perrin. — Castelsarrasin : M. Sanie. — Moissac : M. Dupuy.

La Peste aux Indes. — L'épidémie de peste bubonique aux Indes anglaises, qui recommence à sévir avec violence dans la ville de Bombay, y a fait la semaine dernière 1,097 victimes, soit 15 de plus que la semaine précédente. Les difficultés entre la municipalité et la commission de la peste sont à l'état aigu depuis samedi, jour où la municipalité a cessé ses payements à la commission. Des chèques avaient été délivrés pour 38.000 roupies, alors que la Banque ne pouvait disposer que de 4.800. Une réunion pour examiner la situation actuelle a été tenue au palais du gouvernement, et une autre réunion a été convoquée par la commission. Une grande inquiétude règne à Bombay et l'agitation contre les mesures prises par la commission de la peste augmente. Les marchands d'habits auraient l'intention de fermer leurs boutiques, en signe de protestation contre le nouveau règlement de la commission, qui tend à blesser les susceptibilités des Hindous. Le chiffre des décès causés par la peste augmente et l'épidémie sévit avec une plus grande violence.

L'Ampoule noire aux Indes. — On signale en même temps l'apparition d'une autre maladie connue sous le nom d'« Ampoule noire » qui fait 50 victimes par jour à Pakkal et à Taluka dans le district du Godavéry.

Un Enfant phénomène. — On a présenté dernièrement à la consultation médicale de l'hopital de la Pitié, à Paris, un enfant agé de 4 ans, de poids et de dimensions vraiment extraordinaires. A quatre mois, il ne pesait que 9 kilos ; mais chaque mois, pendant un an, à partir de cet age, il augmenta de 2 kilos. Pendant la seconde année, il s'est contenté du gain d'un seul kilo mensuel. Il pèse aujourd'hui 69 kilos. La circonference de sa ceinture est de 1 m. 08, celle de ses bras est de 28 centimètres à droite et de 30 à gauche ; ses deux cuisses n'ont pas moins de 60 centimetres de tour chacune. S'il continue ainsi, cet enfant ne tardera pas à être le plus jeune — et de beaucoup — des membres de la fameuse « Société des Cent Kilos ». (*Le Petit Français illustré*, 26 février 1898.)

Assistance des Enfants abandonnés en Belgique. — La question de l'assistance des enfants abandonnés a été soulevée à la Chambre des députés de Belgique par M. de Lantsheere. En

Belgique, les enfants abandonnés par des parents dénaturés ou par des filles-mères sont envoyés en nourrice dans les villages aux frais de la commune où le besoin d'assistance se produit. Or, les chiffres cités par l'orateur prouvent que le système est déplorable. Dans un village de 2.200 habitants, 14 enfants sont morts en 1897 sur une vingtaine de bébés mis en nourrice. Dans une autre commune 8 enfants sur 9 sont morts en 1891, 12 sur 18 en 1892, 15 sur 19 en 1893, 8 sur 9 en 1894 et 8 sur 18 en 1895. Il en est à peu près partout de même. Il est vrai que le Code pénal punit le crime de laisser dépérir un enfant et d'amener sciemment sa mort. « Mais, répond M. de Lantsheere, comment voulez-vous que ces existences si faibles soient protégées par les parquets et que ceux-ci voient des meurtres là où il suffit de laisser une porte entr'ouverte pour que l'enfant soit enlevé par une pneumonie, alors que ces mêmes parquets ne parviennent pas à découvrir des crimes abominables que l'on commet un peu partout actuellement? » Le remède proposé par l'orateur pour mettre fin à la série des morts précoces chez les nourrices, c'est que la société recueille les enfants assistés dans de *grands établissements* où ils trouveraient tous les soins nécessaires à leur vitalité. Moyennant une modeste cotisation par bébé, chaque commune responsable enverrait les petits dans ces vastes asiles de l'enfance. Et l'Etat prendrait à sa charge la meilleure partie des frais. Il y a là une solution possible, humanitaire et noble qui mettrait fin aux crimes multiples et effrayants des nourriciers et qui fait le plus grand honneur à l'honorable ex-président de la Chambre des représentants. Mais est-ce que la solution adoptée en France et proposée par Roussel n'est pas plus pratique?

Congrès d'Hygiène de Madrid. — M. le Dr Cunéo, inspecteur général du service de santé de la marine, representera le département de la marine au Congrès international d'hygiène et de démographie, qui doit se tenir, à Madrid, du 10 au 17 avril prochain.

Un Conseil de Revision matrimonial. — Pour enrayer, a-t-il déclaré, la criminalité et la folie, et perfectionner la race par la sélection, M. Parker (de Cleveland) vient de présenter à la législature de l'Etat américain de l'Ohio un projet de loi ne tendant rien moins qu'à établir un conseil de revision pour tous ceux, hommes et femmes, qui désirent se marier. Aux termes de ce projet, il est institue, en effet, dans chaque comté, une commission des mariages composée de trois médecins et devant laquelle devront se présenter ceux ou celles songeant a prendre femme ou mari. Cette commission fera subir au postulant un examen complet, aussi bien au point de vue intellectuel qu'au point de vue physique; elle s'informera de ses antécédents et de ceux de ses parents; elle recherchera s'il y a eu dans la famille des cas de folie, d'ivresse habituelle, des tendances criminelles ou des maladies constitutionnelles dont le postulant a pu hériter; elle verra s il est lui-même exempt de maladies qu'il pourrait transmettre à sa progéniture, comme la phtisie ou des vices du sang. Et, si le postulant subit victorieusement l'examen, la commission le déclarera bon pour le mariage et lui délivrera, moyennant 2 liv. 50, un permis sans lequel il ne lui sera pas possible de se marier. La commission ne jugera pas souverainement; on pourra toujours en appeler de sa décision devant une commission supérieure, également composée de trois membres et nommée par le gouverneur de l'Etat.

Une Centenaire. — Voici un centenaire qu'il faut signaler: il n'est pas banal. — C'est celui de Mme veuve Wadin, marinière a bord du bateau-péniche le *Pont-d'Arcole*, qui est née sur l'eau, de parents bateliers, et qui a passé sa vie à naviguer sur les fleuves et les canaux. Or, elle vient d'avoir cent deux ans ..; et ce n'est même qu'à cet âge qu'on s'est aperçu qu'elle était centenaire!

Un Jardin botanique a Genève. — M. Philippe Plantamour, mort récemment, a légué à la ville de Genève sa propriété de Sécheron, où sera probablement installé un jardin botanique, et une somme de 300.000 francs en argent.

Medecin et Avortement. — On écrit de Lille qu'à la suite d'une plainte reçue par le parquet le procureur de la République a fait mettre en état d'arrestation une journalière agée de vingt ans, Juliette H..., accusée d'avortement. Une cabaretière qui employait l'inculpée, et sa servante ont été arrêtés comme complices ainsi qu'un docteur. M. D[illegible], juge d'instruction, a été chargé d'enquêter sur cette affaire.

Nécrologie. — M. le Dr [illegible], médecin [illegible] des hôpitaux de Rouen. — M. le Dr Charles Nicolas, professeur [illegible] d'hygiène à la Faculté de Médecine de Lausanne. — M. le Dr [illegible] Schwimmer, professeur de dermatologie à la Faculté de Médecine de Budapest. — M. le Dr Carlos de Silóniz y [illegible], professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Barcelone. — M. le Dr A. D'A[illegible], professeur extraordinaire d'[illegible] à la Faculté de Médecine de Naples. — M. le Dr W[illegible] Moldenhauer, professeur extraordinaire de laryngologie et rhinologie à la Faculté de Médecine de Leipzig. — M. le Dr Ed. Constant Seguin, ancien professeur de neurologie au College of Physicians and Surgeons de New-York. — M. le Dr Ge[illegible] Briggs, ancien professeur de matière médicale au Medical Department of the University of Vermont de Burlington. — M. le Dr Gayraud, ancien agrégé de chirurgie de la Faculté de Médecine de Montpellier. M. Gayraud est l'auteur de plusieurs articles remarquables dans le *Dictionnaire encyclopédique de Dechambre*. Sa thèse, ayant pour sujet le *processus hypertrophique de la langue*, est la meilleure monographie publiée sur ce sujet. M. le Dr Gayraud avait été président de l'Académie des Sciences et Lettres de Montpellier.

AVIS A NOS ABONNÉS

Ceux de nos abonnés qui ont égaré des numéros sont priés de nous les réclamer avant fin mars, en joignant leur bande.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Pitié. — *Conférences cliniques sur les maladies nerveuses.* — M. le Dr Babinski, le samedi, à 10 h. 1/2 du matin.

Maladies de la Nutrition. — M. le Dr Albert Robin, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Paris, reprendra le cours de leçons sur les *Maladies de la Nutrition*, à l'hôpital de la Pitié, tous les lundis, à partir du 14 mars 1898.

Hôpital Broca, 111, rue Broca. — *Leçons cliniques de Gynécologie.* — M. le Dr S. Pozzi, vendredi à 10 heures du matin. — Le mercredi, de 9 à 10 heures, démonstrations d'*Histologie pathologique* (Gynécologie), par le Dr Latteux, chef du laboratoire de l'hôpital Broca. Lundi et mercredi, à 10 h., opérations.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, presentation de cas cliniques etc.).

Hôpital Trousseau. — M. Kirmisson. Leçons cliniques les mardis et samedis, à 10 heures.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies nerveuses.* — M. le Pr Raymond: Mardi, présentation, examen des malades; — Vendredi, leçon clinique de 10 à 11 heures. — M. le Dr Déjerine: leçons cliniques sur les maladies nerveuses, le jeudi, à 5 heures. Le mercredi matin, à 9 h., examen des malades de la consultation externe. Le cours a lieu dans la salle de la consultation externe.

Hopital Saint-Louis. — M. le Dr Bazy, consultations pour maladies des voies urinaires (reins, vessie, etc.), les mardis, [illegible] et samedis à 9 h. 1/2. — M. Hallopeau. *Maladies cutanées et syphilitiques* salle des conférences, le dimanche, à 9 h. 1/2.

Hôpital Saint-Antoine. — M. le Dr Paul Tissier, chef de clinique de M. le Pr Hayem, a commencé le *jeudi* 10 mars, à [illegible] heures, dans l'amphithéâtre de la Faculté, à l'hôpital *Saint-Antoine*, une série de conférences, qu'il continuera les jeudis suivants, sur la technique des principaux moyens de *diagnostic des affections de l'estomac.*

Le Rédacteur-Gérant: [illegible]

[illegible]

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Epilepsie consécutive à une fièvre typhoïde ;

Par BOURNEVILLE et DARDEL.

L'influence des maladies infectieuses est souvent invoquée pour expliquer la production des maladies nerveuses. Dans bien des cas, elle est discutable. Ici, elle nous parait tout à fait admissible : c'est à la fièvre typhoïde, aux accidents cérébraux graves qui l'ont compliquée, qu'il convient de rattacher l'épilepsie.

SOMMAIRE. — *Père, quelques excès de boissons, rien dans le reste de sa famille.* — *Mère, rien de particulier.* — *Pas de consanguinité.* — *Inégalité d'âge de 2 ans.*

Marche à un an. — *Parole et propreté à 2 ans.* — *Fièvre typhoïde à 3 ans.* — *Convulsions deux mois après.* — *Début consécutif de l'épilepsie.* — *Description du malade à l'entrée (aout 1896).* — *Marche des accès.* — *Déchéance progressive.* — *Diarrhée ; mort.*

AUTOPSIE. — *Atrophie lobaire intéressant la plupart des circonvolutions, surtout les frontales et prédominant à gauche.* — *Inégalité croisée des hémisphères cérébraux et des hémisphères cérébelleux.* — *Dilatation du ventricule latéral gauche.* — *Thrombose des veines méningées.*

Pid... (Jules), né à Mesles (Pas-de-Calais) le 20 février 1885, est entré dans le service le 25 aout 1896.

Antécédents. (*Renseignements fournis par une cousine maternelle et complétés par le père*). — PÈRE, 43 ans, palefrenier, bien portant ; pas de convulsions dans l'enfance ; fièvre typhoïde à 38 ans ; caractère vif et emporté. Il boit un peu, prend de l'absinthe tous les jours, est rarement ivre. Fume peu. — [*Père*, en bonne santé, n'a jamais présenté d'accidents nerveux ni de migraines, ainsi que sa *mère*, qui est morte en couches. — Il en serait de même de ses oncles et tantes. — Rien de particulier chez les grands-parents. Le *grand-père paternel* est mort à 96 ans ; la *grand'mère paternelle*, à 83 ans. — Ni *frères* ni *sœurs*. — Dans le reste de la famille ni bègues, ni sourds-muets, ni aliénés ou épileptiques, ni paralytiques ou apoplectiques, etc.]

MÈRE, couturière, caractère tranquille, pas de convulsions de l'enfance (?), ni de migraines ; elle est morte à 36 ans, de la fièvre typhoïde. Le mari et la femme furent atteints presque en même temps, la femme la première. Trois enfants l'eurent également, dont notre malade. — [Ses *père* et *mère* vivent encore, ils n'auraient eu ni migraines, ni accidents nerveux. Il en serait de même de ses *oncles* et *tantes* et des *grands-parents*. — Deux *frères*, très forts et bien portants. Dans le reste de la famille, pas d'idiots, d'aliénés, d'épileptiques, de difformes, etc.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 2 ans (père plus âgé).

Six enfants : 1° garçon, 19 ans, domestique, de bonne santé ; — [illegible] 18 ans, très fort, non nerveux. — [illegible] fille, 14 ans, pas [illegible]. — [illegible] garçon mort à 3 ans de la *fièvre typhoïde*. — [illegible] fille morte à 7 mois, de la *fièvre typhoïde* ; — [illegible] notre malade. Aucun des frères et sœurs de l'enfant n'aurait eu de convulsions.

Notre malade. — La *conception* n'aurait pas eu lieu dans l'ivresse. Les parents se portaient bien. — *Grossesse* bonne, pas d'idées noires, ni peur, ni envies, ni [illegible], ni traumatisme, etc. — *Accouchement* à terme [illegible], pas de renseignements sur la présentation ni sur les eaux. — Pas d'asphyxie *à la naissance*. — Élevé au biberon, chez ses grands-parents. — L'enfant venait bien. Il parlait et marchait seul à deux ans. Il était âgé de trois ans lorsque la fièvre typhoïde sévit dans sa famille, emportant sa mère, un de ses frères et une de ses sœurs. Chez lui, la *fièvre typhoïde* dura six semaines ; il aurait été gravement malade, aurait perdu connaissance pendant quelque temps. Mais nous manquons de détails sur les autres accidents nerveux qu'il a pu présenter. Deux mois après cette fièvre typhoïde, qui l'avait laissé très faible, il fut atteint subitement, pendant la nuit, d'un *accès convulsif* : il se mit à crier et fut pris de *convulsions généralisées*, avec écume à la bouche. L'accès dura dix minutes. — Trois jours après, il eut des nouvelles convulsions qui durèrent un quart d'heure. Il aurait eu ensuite au moins un accès par semaine, diurnes et nocturnes. Puis les accès sont devenus plus intenses et plus fréquents. Le maximum en 24 heures a été de cinq. — Il en avait, en moyenne, trois par semaine. Il n'est jamais resté une semaine sans crises. Au début de la crise, il crie, puis tombe. Les convulsions sont généralisées. La phase des convulsions toniques est très courte, les convulsions cloniques dominent. Autrefois, il écumait toujours ; aujourd'hui, il n'écume plus et ne se mord pas la langue. Il tombe quelquefois également sans cri initial. Jamais de paralysie après les accès.

Avant le début de l'épilepsie, il était intelligent, avait une bonne mémoire, parlait bien. — L'intelligence déclina peu à peu. Sous l'influence des accès, elle aurait diminué surtout depuis deux ans. Aujourd'hui, il ne dit plus rien, ne parait plus rien comprendre. « Il ne me reconnait même pas », dit le père. — On essaya de lui faire suivre l'école, de 6 à 9 ans. Il n'apprit jamais rien. Il avait la manie d'aller embrasser l'instituteur pendant la classe. On dut le renvoyer.

Très irrégulier de caractère ; parfois très doux et affectueux, d'autrefois violent, colèreux, cherchant à griffer les personnes qui l'approchent. Il n'a cependant jamais eu de violents accès de colère. Deux fois, il lui est arrivé de se sauver et de quitter son père *en courant*, sans qu'il fût possible de l'arrêter. Il ne venait pas d'avoir un accès, mais il en eut un le lendemain. Pas d'autres actes d'automatisme. Il n'a jamais fait de chutes sur la tête et ne s'est jamais plaint de céphalalgie. Sommeil tranquille. — Pas d'onanisme.

Etat actuel. — Aspect général assez satisfaisant, pas de pâleur ni d'amaigrissement, mais l'expression de la physionomie est indifférente et peu intelligente. Il présente sur la joue droite, deux longues cicatrices, stigmates de blessures qu'il se fit lors d'un de ses derniers accès.

Tête. — Le crane offre un volume normal, les bosses frontales sont assez saillantes. Les bosses pariétales sont moyennement développées, la gauche l'est davantage. Fontanelles fermées. — Cheveux noirs, implantés d'une façon irrégulière, et hérissés sur le haut de la tête. Tourbillon déjeté à droite. — *Visage*, de forme arrondie. Arcades sourcilières asymétriques, la droite forme une saillie prononcée. — Les yeux jouissent de tous leurs mouvements normaux. Pas de strabisme ni de nystagmus. Fentes palpébrales, symétriques, garnies de cils longs et réguliers. Iris brun. Pupilles égales. L'accommodation à la lumière et à la distance se fait normalement. — Le *nez* est aplati et élargi à la base, mais sans déviation de la cloison : lobule arrondi. — Les pommettes ne sont pas saillantes. — La *bouche* est régulière, les lèvres fines, à contours bien dessinés, les commissures marquées. On note une forme ogivale de la voute palatine très accusée. — *Langue* normale : amygdales grosses ; dents en mauvais état. Carie des premières grosses molaires. Les prémolaires et la canine supérieure gauche sont en voie d'évolution. — *Menton* arrondi,

— *Oreilles* peu écartées du crâne, régulières et symétriques.

Cou assez long. *Corps thyroïde* facile à sentir.

Thorax bien conformé. — L'examen du *cœur* et des *poumons* ne révèle rien de particulier. — *Abdomen*, arrondi, mais non globuleux, souple, sonorité normale. — *Foie* et *rate* non hypertrophiés. — Colonne vertébrale régulière.

Organes génitaux : Verge : longueur 6 cm. ; prépuce long, recouvrant le gland qu'on découvre facilement. Testicules dans les bourses, qui sont pendantes, le droit plus bas que le gauche, gros comme un haricot. Corps entièrement glabre, ainsi que la région anale.

Membres supérieurs bien conformés, jouissant de tous leurs mouvements; pas d'attitude spéciale, pas de craquements articulaires.

Membres inférieurs, normaux. Ni atrophie, ni paralysie. Le jeu des différentes articulations est aisé. Réflexes rotuliens normaux. Pid... marche bien, mais sa marche est lente et traînante. Lorsqu'il descend un escalier, il pose les deux pieds sur la même marche, avant de descendre la marche suivante. Il ne sait pas sauter et court à peine.

Il est difficile d'apprécier l'état de la *sensibilité* dans tous ses modes, en raison de l'état intellectuel de l'enfant. Il paraît tout à fait inintelligent, ne semble pas comprendre ce qu'on lui dit *(Fig. 23)*.



Fig. 23. — Pid... en août 1886, à 11 ans et demi.

L'expression de la physionomie est triste : les sourcils sont [illegible] froncés. La voix est sourde, faible. La *vue* est bonne. — Le *goût* existe car l'enfant se refuse à avaler [illegible] trop pimenté ou trop acide. — L'*ouïe* est très diminuée : il faut crier tout près des oreilles pour qu'il entende. [illegible] paraît normal. — Aucune notion scolaire, ne sait pas lire ni écrire. — Il semble s'attacher aux personnes qui [illegible]. Pas de mauvais instincts. Il ne prononce guère que deux mots : « oui » et « non », qu'il dit en [illegible]. [illegible] assez salement et lentement. [illegible] le jour. Il a eu plusieurs fois des vomissements et de la diarrhée, accompagnés de [illegible]. [illegible] ne sait pas [illegible]. [illegible] il n'a aucun souci de la propreté. [illegible] continuellement ramasser des bouts de [illegible] de papier, qu'il entasse dans ses poches ou porte à sa bouche [illegible]. Il [illegible] peu, sourit quelquefois, pré[illegible] [illegible] s'asseoir tranquillement à côté des infirmières. Il s'échappe parfois dans les jardins, cueille des fleurs, les rouges de préférence, en orne sa casquette, ses vêtements et paraît ravi de se voir si fleuri. Ni rire, ni cris, ni tics, ni grincements de dents ou cognements de tête. Le sommeil est bon.

Octobre. — Revacciné sans succès.

1897. 15 *janvier.* Descend à l'infirmerie pour une *diarrhée* abondante. Celle-ci cesse vers le 20 janvier et l'enfant remonte à l'école le 10 février.

31 *mars.* Pid... descend de nouveau à l'infirmerie pour la *diarrhée.* Il a sensiblement maigri, et le soir a 39°,4 de T. R. On note un *prolapsus du rectum.*

Le lendemain la T.R. oscille entre 37°,1 et 38°,3; le 3 *avril* entre 38°,1 et 38°,5. Le 4 *avril* elle monte le matin à 39°,1 et descend, le soir, à 38°.

6 *avril.* — La diarrhée a cessé depuis deux jours et la température est descendue à 36°,6. — L'amaigrissement a fait des progrès rapides; les côtes sont saillantes ainsi que les apophyses épineuses. C... est dans un état voisin du collapsus. La tête est complètement déviée à gauche. Si on la déplace elle revient à sa position première. Il existe du myosis avec inégalité pupillaire : la pupille droite est plus dilatée. — Hier le malade a eu des vomissements bilieux et de fréquentes régurgitations. L'abdomen est rétracté, creusé en bateau. — Le pouls est très-faible. — L'auscultation du cœur ne révèle aucun bruit pathologique. — On trouve quelques râles à la base des deux poumons. — L'enfant, qui n'a eu aucun accès depuis le retour de la diarrhée, meurt à 4 heures du soir. — Depuis son entrée, le 25 août 1895 jusqu'au 31 décembre de la même année, P... a eu 53 accès et du 1er janvier au 31 mars 20 accès et 4 vertiges.

Température après décès.

	Corps.	Chambre.
Température aussitôt la mort	38°,5	14°
1/4 d'heure après	36°	13°
2 heures après	35°	12°
5 heures après	20°	12°
8 heures après	15°	12°
12 heures après	12°	12°
14 heures après	8°	12°

Tableau des accès.

MOIS	1896		1897	
	A.	V.	A.	V.
Janvier	—	—	10	
Février		—	6	
Mars	—	—	4	4
Avril	—			
Mai	[illegible]	[illegible]		
Juin	[illegible]	[illegible]		
Juillet	[illegible]	—		
Août	[illegible]	[illegible]		
Septembre	[illegible]			
Octobre	[illegible]	[illegible]		
Novembre	12			
Décembre	[illegible]	[illegible]		
Totaux	53		20	[illegible]

Autopsie faite [illegible] heures après le décès. — *Tête.* — [illegible] *chevelu* très maigre. — *Crâne* dur à la coupe [illegible] surtout au niveau des [illegible] et plus [illegible] de gauche. — Plagiocéphalie assez prononcée : frontal [illegible] déprimé, occipital droit saillant. Légère [illegible] les fosses occipitales supérieures un peu plus à droite [illegible] les sutures sont très [illegible]. Plusieurs [illegible] sur les sutures pariéto-occipitales. — Quelques adhérences de la *dure-mère* [illegible] des veines [illegible] dant à la partie moyenne du bord supérieur de la [illegible]

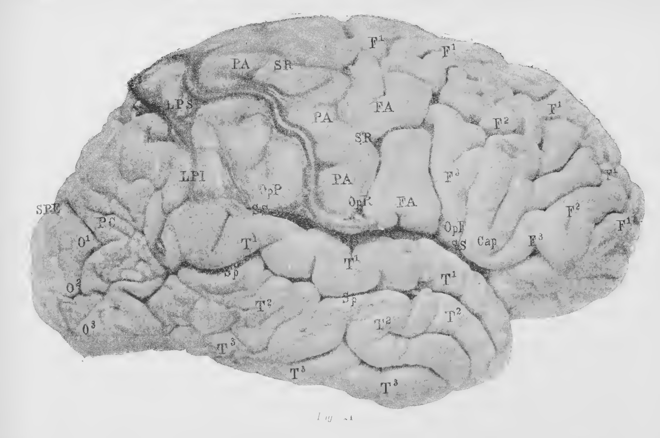


Fig. 24.

gauche ascendante présente des caillots noirs, qui vont se continuer avec un caillot qui remplit le *sinus* longitudinal supérieur. Il en est de même d'une veine *nestre* méningée (moyenne) qui répond au sillon de Rolando, et cela, des deux côtés. — Presque toutes les veines de la *pie-mère*, sur la face convexe de l'hémisphère droit, sont dilatées par des caillots. Le sinus longitudinal, dans toute sa longueur, est rempli par un caillot noir. — La *base* paraît symétrique; toutefois la fosse temporale gauche semble un peu déprimée en avant. L'apophyse crista-galli est triangulaire et à bords mousses. — La *glande pituitaire* paraît avoir ses dimensions normales. — *Trou occipital* normal. — *Liquide céphalo-*

Fig. 25.

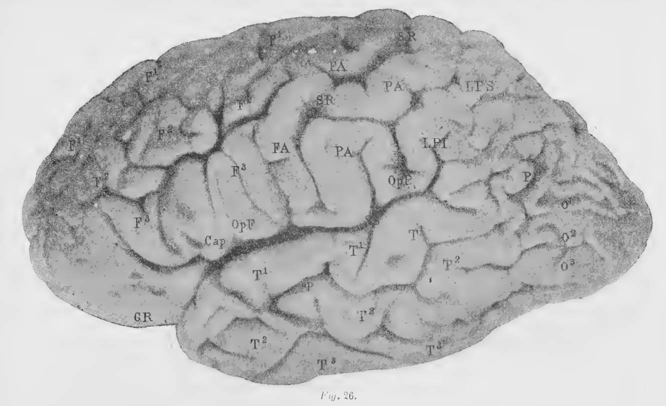


Fig. 26.

rachidien en petite quantité. — Les *artères*, les *nerfs* de la base n'offrent rien de particulier. Un peu de congestion au niveau de la protubérance.

Hémisphère droit. — Face convexe. Ce qui frappe tout d'abord c'est l'arrêt de développement du *lobe frontal* (*Fig.* 24, F¹, F², F³) et surtout du *lobe occipital* (*Fig.* 24, O¹, O², O³, et PC.) et du *pli courbe* dont une partie des circonvolutions, très grêles, paraissent atteintes de *sclérose*, alors que les circonvolutions pariétales et temporales sont volumineuses. Signalons encore : 1° la rareté des plis de passage ; — 2° l'incisure qui coupe FA en deux parties ; — 3° le pli de passage qui unit FA à PA à leur extrémité supérieure, fermant ainsi, en haut, le sillon de Rolando.

Face interne. — Elle est remarquable par la simplicité des circonvolutions, qui toutes sont nettement distinctes (*Fig.* 25).

Hémisphère gauche. — Face convexe. Mêmes caractères des *lobes frontal, occipital, pariétal* et *temporal.* La comparaison des mêmes circonvolutions des faces convexes des deux hémisphères montre entre chacune d'elles de nombreuses dissemblances (*Fig.* 24 et 26). Tandis qu'il existe une

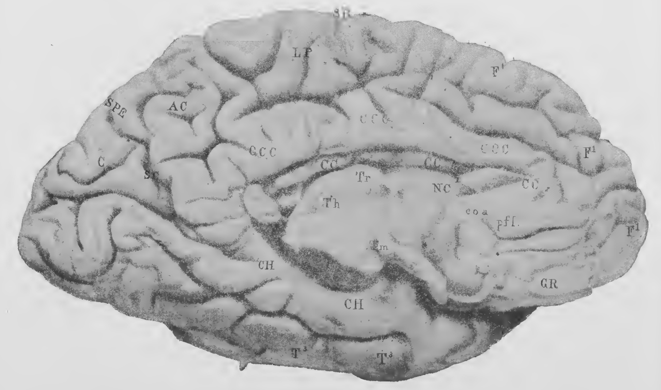


Fig. 27.

incisure sur la FA droite, c'est sur la PA gauche qu'on la retrouve : à gauche, le sillon de Rolando (SR) est coupé en son milieu par un large pli de passage qui manque à droite. Les *lobes pariétaux supérieur* et *inférieur* ne se ressemblent pas.

Face interne. — Aucune des circonvolutions de cette face, à gauche (*Fig.* 27) ne ressemble à la circonvolution correspondante de la face interne de l'hémisphère droit (*Fig.* 25).

Ce sont les dissemblances multiples existant sur les faces convexes et internes des deux hémisphères qui nous ont décidé à les faire représenter. Les *Fig.* 24, 25, 26 et 27, avec les légendes qui les accompagnent permettront au lecteur de les constater et nous dispensent d'une description trop minutieuse.

Cou et thorax. — *Corps thyroïde* (15 gr.). *Thymus* presque entièrement disparu. — *Poumon gauche* (195 gr.) sain. — *Poumon droit* (180 gr.), adhérences pleurales très résistantes dans le tiers inférieur ; la plèvre est épaissie et rouge sur la paroi externe correspondant au lobe inférieur. — Pas de tubercules. — *Cœur* (110 gr.), normal. Un peu de liquide dans le péricarde dont l'aspect est naturel. —

Abdomen. — *L'estomac*, assez dilaté, contient un liquide noirâtre. — *Foie* (650 gr.), un peu dur à la coupe ; *vésicule biliaire* très petite. *Rate* (40 gr.) ; — *rein droit* (55 gr.) : *rein gauche* (60 gr.) ; *capsule surrénale droite* (5 gr.) ; *capsle surrénale gauche* (4 gr.), aucune lésion macroscopique. — *Ganglions mésentériques* engorgés. — *L'appendice*, en position ascendante, mesure 12 cent. *L'intestin* ne présente pas d'ulcérations. — Les *organes génitaux* sont normaux.

Poids des organes.

Encéphale	995 gr.
Hémisphère cerebral droit	440 —
— — gauche	410 —
— cerebelleux droit	60 —
— — gauche	65 —
Bulbe et protubérance	20 —
Moelle épinière	37 —
Corps thyroïde	15 —
Thymus	2 —
Cœur	110 —
Poumon droit	180 —
— gauche	195 —
Foie	650 —
Rate	40 —
Capsule surrénale droite	5 —
— — gauche	4 —
Rein droit	55 —
— gauche	60 —

Réflexions. — I. Relativement à l'*hérédité* et à l'*alcoolisme* nous n'avons rien d'important à relever.

II. L'*épilepsie* (et ses suites) paraît avoir, dans ce cas, pour origine une *maladie infectieuse*, la fièvre typhoïde qui a sévi à l'état épidémique dans la famille, frappant non seulement l'enfant, mais son père, sa mère, un de ses frères et une de ses sœurs et occasionnant trois décès. Jusqu'à sa maladie infeetieuse, notre malade aurait été normal. La fièvre typhoïde, chez lui, aurait été grave, se serait accompagnée de troubles cérébraux avec perte de la connaissance, aurait déterminé un affaiblissement prolongé. Le *mal comitial* aurait débuté deux mois plus tard et se serait immédiatement constitué, les accès revenant une fois par semaine et devenant rapidement plus fréquents.

III. Au lieu de se développer, les facultés intellectuelles auraient peu à peu diminué à partir du début (3 ans et quelques mois) et surtout depuis deux ans (9 ans). A l'entrée, l'observation aurait pu se résumer ainsi : enfant normal jusqu'à 3 ans ; fièvre typhoïde avec accidents cérébraux, d'où *sclérose* et *arrêt de développement des circonvolutions* ; — *épilepsie* déterminant une déchéance progressive de l'intelligenee. De l'admission à la mort, la déchéance a continué de croitre.

IV. La mort a été occasionnée par l'affaiblissement dû aux accès, compliqué d'*entérite* revenant à intervalles rapprochés. Cette diarrhée nerveuse (?) n'était liée à aucune lésion macroscopique de l'intestin.

V. Il ne nous reste plus qu'à rappeler l'*arrêt de développement des lobes frontaux*, la *sclérose des lobes occipitaux*, l'*asymétrie* très remarquable des *circonvolutions cérébrales* à la fois sur les faces convexe et interne des deux hémisphères (*Fig.* 24, 25, 26 et 27).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Cours d'hygiène : M. le Pr Proust.

M. le Pr Proust a fait son premier eours le 10 mars dans le grand Amphithéâtre de la Faeulté. Les cours rouleront sur la désinfection. Le professeur après avoir rapidement constaté la difficulté de répandre des notions d'hygiène, et avoir lu à cet effet le récit d'évènements survenus récemment à Bombay, montre l'utilité incontestable de la désinfection pour arrêter le développement des maladies contagieuses.

Au lieu de se perdre en considérations qui auraient pour résultat certain de fatiguer l'attention, vu leur aridité, M. Proust parle aux yeux à l'aide de tableaux admirablement dressés. Dans cette série on voit des tableaux comparatifs de la mortalité par maladies infecticuses avant et depuis l'organisation du service de désinfection, des tableaux indiquant la décroissanee consécutive des maladies, d'autres tableaux exprimant les décès proportionnels au nombre des habitants, etc., etc. Bref les résultats ainsi présentés sont évidents et valent bien les commentaires qui les remplaceraient. Du reste M. Proust les explique avee clarté et y ajoute de nombreux arguments.

Ce cours fort intéressant est eompléte par des exercices pratiques qui ont lieu le samedi au laboratoire d'Hygiène.

Il est regrettable pour les auditeurs que ces leçons n'aient pas lieu dans un amphithéâtre plus restreint. Le nombre des assistants ne s'y opposant pas, si des habitudes formalistes le permettent, on y gagnerait d'entendre beaucoup des réflexions du professeur, dites sur un ton trop bas.

Cours de Pathologie interne : M. le Pr Hutinel.

Mardi, 8 mars, à trois heures, M. le Pr Hutinel inaugurait son cours au grand Amphithéâtre de la Faculté de Médeeine, devant de nombreux auditeurs.

Avee une clarté d'exposition remarquable, M. Hutinel a résumé à grands traits les doctrines actuelles sur la pathogénie des maladies infectieuses. Il a insisté sur l'action prépondérante des toxines dans les accidents morbides, sur les dangers des associations microbiennes qui aggravent singulièrement les affections bactériennes. L'immunisation par l'emploi des toxines et des antitoxines permet de prévoir l'époque où l'on sera armé contre les infections. Néanmoins, il faut tenir grand compte de la résistance individuelle des malades et de la réaction phagoeytaire des leucocytes qui, souvent peut-être, jouent un plus grand rôle dans l'évolution d'une infection que les bactéries elles-mêmes.

Cours de Clinique infantile : M. le Pr Grancher.

M. Grancher a inauguré son cours samedi dernier à l'hôpital des Enfants-Malades. Cette première clinique a porté sur la prophylaxie des maladies contagieuses. Tout d'abord le professeur a constaté combien il est difficile de faire entrer les moyens préventifs de désinfection dans la pratique courante. Tout se réunit : le manque de lois, leur défectuosité si elles existent, la difficulté de les rendre applicables, l'antagonisme entre le médecin compétent et les municipalités. Une cause non moins importante est le défaut de ressources pécuniaires pour acheter des étuves à désinfection. M. Grancher appuie ce qu'il avance sur des preuves manifestes ou sur des faits personnels.

Il passe ensuite en revue tous les essais qui ont été faits dans un but prophylactique depuis les temps les plus reculés. Il montre les progrès incessants des mesures d'hygiène contre les épidémies et il en arrive à conclure à la nécessité de la désinfection. Il ne voudrait pas que seule la déclaration des maladies fût obligatoire : la désinfection immédiate doit être imposée et c'est en cela que la loi est incomplète, comme il l'a constaté au début du cours.

M. Grancher va continuer ses leçons cliniques durant le semestre d'été : l'heure choisie n'est malheureusement pas à l'abri de la critique. Ces cours officiels ont lieu à 4 heures de l'après midi. Or ce qui caractérise une clinique, c'est : 1° de fournir un enseignement pratique autre que celui qui pourrait être donné à la Faculté ; 2e d'être précédée d'une visite des malades sous la direction du chef de service et durant laquelle les élèves peuvent tous examiner ou voir examiner les cas qui feront l'objet de la leçon. On va à l'hôpital durant une matinée ; il est difficile d'y retourner, surtout si l'hôpital est éloigné, durant l'après-midi, à moins que plusieurs médecins et chirurgiens ne fassent également des cours avant ou après le professeur de Faculté... : ce qui est désirable.

Dans l'état actuel des choses la clinique infantile (la seule qui existe) est donc loin de remplir les conditions voulues. Disons, toutefois, que, malgré cela, on y trouvera un enseignement remarquable.

Conférences de thérapeutique clinique à la Pitié : M. Albert Robin.

Les dyspepsies latentes.

M. Albert Robin a repris lundi matin à 10 h. 1/2 à l'hôpital de la Pitié ses conférences de clinique thérapeutique. La présence, dans l'auditoire, de nombreux médecins de la ville, prouvait quel intérêt les praticiens portent à la thérapeutique et c'est du reste le thème que M. Albert Robin a développé au début de sa leçon.

C'est à tort que la thérapeutique jouit d'une sorte de défaveur dans l'enseignement et les concours officiels. C'est elle qui est appelée à donner aux médecins les satisfactions les plus vives ; et, bien que l'écroulement des anciennes doctrines ait complètement dérouté les thérapeutes en sapant les bases de beaucoup de croyances médicales, on peut néanmoins, avec ce que nous savons, faire de la bonne thérapeutique.

M. Albert Robin étudie, à l'heure actuelle, les dyspepsies et leur traitement ; il s'intéresse aux rapports qui peuvent exister entre les troubles digestifs et les affections cutanées. Parfois les troubles digestifs que présentent les malades sont latents et M. Albert Robin cite l'observation d'un bel exemple de dyspepsie latente : un malade de 75 ans, sans antécédents, porteur d'un psoriasis, maçon de son métier et toujours bien portant, est entré à l'hôpital pour se faire soigner de sa maladie de peau. Il est en très bon état de santé générale, ne se plaint pas de troubles digestifs. M. A. Robin songea à lui faire faire un repas d'épreuve et il ne trouva, à l'analyse du suc gastrique, ni acide chlorhydrique, libre ou combiné, ni acides organiques, ni propeptones ou peptones, mais seulement une assez grande quantité de mucine. De nouveaux examens donnèrent le même résultat.

M. Robin conclut à l'existence d'une dyspepsie latente. L'estomac de ce malade ne fonctionne pas et si ses fonctions digestives ne paraissent pas en pâtir, cela tient à ce que l'intestin supplée complètement l'estomac. Cette suppléance de l'intestin est actuellement bien établie. M. Frémont a fait à un chien l'ablation totale de l'estomac sans déterminer la mort, et M. Doyen (de Reims) a, en diverses occasions, réséqué avec succès la poche gastrique en totalité ou en partie. Si l'estomac n'est pas indispensable, il ne faut pas en conclure que la dyspepsie latente est sans inconvénient. Si l'intestin, sous une influence même de peu d'importance, vient à être troublé dans ses fonctions, les symptômes de la dyspepsie apparaissent et dominent la scène. La constipation est l'accident intestinal qui le plus souvent révèle une dyspepsie latente. Alors, bien que les signes de la dyspepsie soient les phénomènes les plus accentués, il faut tout d'abord, pour obtenir la guérison, combattre la constipation. Trois moyens thérapeutiques peuvent être employés : 1° Les purgatifs, parmi lesquels M. A. Robin préfère les drastiques à faibles doses qui ne sont pas suivis dans leur action, comme les purgatifs salins, d'une exagération de la constipation exigeant leur emploi d'une façon continue ; 2° le massage du gros intestin qui doit être fait avec douceur et méthode ; 3° les eaux minérales : Châtelguyon, Brides, Aulus en France ; Kissingen et Carlsbad à l'étranger.

Revenant à son malade atteint de dyspepsie latente, M. Albert Robin constate qu'il présente en outre de l'albumine dans ses urines. Ces albuminuries dyspeptiques sont très fréquentes ; il existe aussi un diabète dyspeptique ; ces accidents peu connus ne relèvent pas de la thérapeutique ordinaire de l'albuminurie et du diabète, et c'est sur eux que M. Robin fera ses prochaines leçons.

Les conférences de clinique thérapeutique de la Pitié, outre le grand avantage de leur intérêt pratique, ont, comme on peut facilement s'en rendre compte, un caractère d'originalité scientifique qui les font sortir du cadre ordinaire des leçons de clinique médicale, et ces qualités suffisent à en expliquer le succès mérité.

Cours d'histologie : M. Retterer, agrégé.

M. Retterer a commencé lundi 7 mars le cours du semestre d'été par une large vue d'ensemble sur les glandes, leurs caractères fondamentaux communs, leurs lois générales constitutives et fonctionnelles. C'était une leçon de haute généralisation indiquant déjà le rôle prépondérant de la cellule dans le système glandulaire. C'est le mode d'évolution de la cellule qui établit les différences entre les glandes diverses. Cette série de conférences aura un intérêt particulier, non seulement parce que M. Retterer se préoccupe de la préparation des élèves aux examens et de leur instruction foncière, mais encore parce qu'il y fait l'exacte mise au point de questions qui persistent à demeurer vagues dans les livres classiques ; et surtout enfin parce que la curiosité scientifique se trouvera largement satisfaite par des notions précises et nouvelles sur les glandes closes telles que le corps thyroïde, l'hypophyse, les capsules surrénales, la rate, etc., que M. Retterer va étudier. Le programme complet comprendra : cellule

épithéliale, système glandulaire, tissu conjonctif, tissu osseux, tissu cartilagineux, systèmes génital et urinaire.

Conférences de Physiologie : M. Gley, agrégé.

Samedi dernier, 12 courant a eu lieu la première leçon de M. Gley, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. Une soixantaine d'auditeurs. C'est toujours le même professeur, à l'élocution simple et claire, mais comme onctueuse à l'excès, car la parole nous paraît un peu trop lente et refléter trop ostensiblement la préoccupation de la forme. M. Gley reste d'ailleurs agréable à entendre, et poursuit une habitude logique, laquelle n'est pas encore ancrée dans les mœurs françaises, et qui consiste à prononcer les noms propres étrangers, non plus à la française, mais en langue allemande, anglaise, italienne, etc., suivant la patrie du savant dont on énonce le nom. Les étrangers d'ailleurs, tout au moins les Allemands, nous paient de retour, en prononcant en notre langue les noms de nos compatriotes.

Quant à la substance du cours de M. Gley, elle sera classique, car le jeune maître se propose d'étudier le *sang*, la *circulation*, la *fonction respiratoire* et la *chaleur animale*. Ces questions sont bien adaptées aux étudiants, qui retrouveront, clairement développé, leur programme de physiologie, avec la mise au point nécessaire; car la science marche, et de ce fait, les livres qui la consignent vieillissent, et les cours en matières classiques sont utiles, du moins lorsque les professeurs ne font pas de leur cours la simple traduction des livres. Ce reproche, en tous cas, ne saurait être imputable à M. Gley; car à propos du rôle physiologique général du sang, il a démontré dans sa première leçon, qu'après les travaux de Ludwig, Schmidt, Spallanzani, Villiam Edwards, Oertmann, Flüger, Schmiedeberg, on arrive à cette conclusion qui représente l'état actuel de la science, c'est que : il se passe dans le sang des phénomènes variables, dus à des éléments étrangers au sang lui-même. Mais il s'agit d'abord de démontrer les faits relatifs au rôle physiologique des différents éléments du sang dans le sang lui-même. C'est ce par quoi commence le professeur.

Bref, le cours que fait actuellement M. Gley s'annonce comme le complément nécessaire de la chimie physiologique du sang; aussi ne saurions-nous trop engager les étudiants à suivre ces leçons vraiment bien étudiées et bien faites. Malheureusement si, en appréciant l'auditoire, on en retranche les personnes d'un certain âge, qui semblent venir au cours, ou pour se chauffer ou par simple curiosité, ou tout bonnement pour flâner, on en conclut avec vraisemblance que la jeunesse française ne brûle pas du feu sacré pour la chose physiologique.

Nouveaux Journaux. — Le Dr Albert Leblond, médecin de Saint-Lazare, vient de créer un journal mensuel, la *Revue du Praticien*.

La Vision a distance. — La commission de l'Academie des Sciences et Lettres de Montpellier, chargee d'aller à Narbonne controler les experiences de vue magnétique avec le sujet du Dr Ferroul, et composee de MM. Grasset, professeur à la Faculté de Medecine; Bertinsans, préparateur; Meslin, professeur à la Faculté des Sciences; Guibal, batonnier de l'ordre des avocats, a rédigé son rapport, qui a eté lu officiellement à la prochaine séance. Ce rapport conclut formellement à une supercherie. L'expérience, faite avec un pli qui ne fut pas abandonné au sujet seul, a donné des résultats faux, le sujet ayant déclaré que le pli contenait le même vers que la première enveloppe de M. Grasset, ce qui etait inexact. Quant au paquet, qui lui fut abandonné, la commission a acquis la conviction qu'il avait été ouvert. Elle a constaté, en effet : 1° que le paquet avait été déplacé; 2° que les cachets avaient été brisés; 3° qu'une plaque photographique placée à l'intérieur de la boîte avait vu le jour.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 mars. — Présidence de M. Ch. Richet.

M. Riche a pu vérifier dans le service de M. Charrin l'*action du rein sur l'aggravation de l'infection*. Ces faits étudiés par Polacci, Pernice, Fischer, etc., ont montré que si on s'oppose au fonctionnement du rein, on favorise l'infection. Si on inocule un microbe atténué, par exemple, qui ne se développerait pas, en diminuant ou supprimant l'élimination rénale, on obtient la pullulation du microbe. Une légère épidémie de rougeole ayant frappé les nouveau-nés de la crèche, aucune adulte ne fut atteinte, quoique plusieurs n'aient point gardé le souvenir d'avoir déjà eu la rougeole; une seule, ayant déjà eu la rougeole, a été reprise de cette affection; elle a eu une forme grave, mais depuis trois mois elle a de la néphrite intense et expulse 10 grammes d'albumine en 24 heures. Quoique moins exposée que beaucoup d'autres, elle a été seule contaminée et gravement. On a vu les deux processus infectieux et auto-toxique s'associer pour frapper l'appareil pulmonaire. Elle a présenté un œdème suraigu du poumon mettant la vie en danger, qui n'a été atténué que par une forte saignée.

M. Charrin insiste sur le cas de cette malade où la maladie de Bright qui parfois semble immuniser des malades, a ici joué un rôle nettement prépondérant et aggravant comme dans les cas d'expérience où on lie les uretères pour faciliter l'infection d'un animal. Malgré l'intoxication, la toxicité du sérum chez cette malade n'a jamais paru augmentée; il fallait 12 à 16 cc. pour tuer un kilog. d'animal. M. Mavrojonis a mesuré la perméabilité des reins par le bleu de méthylène et a trouvé également un retard peu sensible. M. Mavrojonis a reconnu que le foie aussi retient ce bleu, aussi faut il compter pour le passage de cette couleur, avec l'état du foie, avec le degré d'activité, de réduction des différents tissus. L'urine de cette malade, teintée en vert à la sortie, se décolore, sauf à la surface : phénomène fréquent, qui est attribuable à un bacille isolé. Chez cette malade, une kérato-conjonctivite à staphylocoques s'est développée, ce qui n'est point rare chez les animaux débilités; certaines paralysies infectieuses expérimentales réalisent aussi les données cliniques.

MM. Widal et Wallich. — Une femme infectée avant l'accouchement meurt des suites de couches au quatrième jour d'une affection streptococcique généralisée constatée à l'autopsie. L'enfant, mort au deuxième jour, présentait dans les vaisseaux du rein des microbes streptococciques qui étaient cantonnés dans les vaisseaux. 1° La porte d'entrée de l'infection est inconnue, la malade ayant eu des symptômes graves avant l'accouchement et pendant, et l'enfant ayant succombé à l'invasion streptococcique; 2° il n'y avait pas chez le fœtus de lésions cellulaires pouvant être attribuées à l'accès des microbes au cours du travail dans un œuf ouvert (Legry et Dubrisay). Ce cas se rapproche des faits expérimentaux de MM. Chambrelent et Sabrazès et des observations cliniques de M. Auché sur les enfants nés de mère varioleuse.

M. L. Martin. — La *méningite tuberculeuse chez les lapins* peut être réalisée en inoculant des bacilles tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien. Les animaux meurent du neuvième au dixième jour; plus tard, si la culture est diluée. Chez les cobayes, la fièvre apparait le premier jour, amaigrissement, paralysie, mort en hypothermie. Chez les lapins, moins sensibles, l'amaigrissement et la paralysie n'apparaissent qu'à la troisième semaine; les lapins meurent entre cinq et huit semaines. Avec le liquide céphalo-rachidien d'un enfant mort de méningite, on tue le cobaye en dix jours.

M. Desgrez applique la méthode de M. Nicloux pour reconnaître l'*augmentation de l'oxyde de carbone* pendant l'anesthésie chloroformique.

M. Nicloux dose les quantités infinitésimales d'oxyde de

carbone dans l'air par l'acide iodhydrique anhydre à la température de 150° qui, transformant l'oxyde en acide carbonique, met en liberté de l'iode qui, retenu sur une lessive de soude et dosé par le procédé de Rabourdin, donne la mesure exacte de l'oxyde de carbone.

M. Courmont (de Lyon) a expérimenté *trois streptocoques* : deux d'érysipèles et un d'abcès qui n'ont pas été influencés par le sérum de Marmorek, au contraire, les immunisés meurent avant les témoins. Cela fait sept streptocoques d'origine humaine essayés par l'auteur et qui ont été plutôt favorisés par l'injection préventive. Le streptocoque de Marmorek seul aurait été influencé.

M. Phisalix. — Le *sérum antivenimeux* obtenu par vaccination du cobaye contre le venin de vipère possède des propriétés antitoxiques et thérapeutiques qui varient avec le degré d'immunisation. Il possède des propriétés préventives plus accentuées, puisqu'il suffit d'une dose de sérum quatre fois moindre pour les mettre en évidence. La réaction vaccinale qui suffit à protéger l'organisme ne peut engendrer des substances antitoxiques utiles aux autres; il y a donc deux degrés : 1° l'animal fournit sa propre ration d'antitoxine qui le protège : vaccination simple; 2° il en fabrique assez pour que son sérum soit un remède pour les autres animaux : hypervaccination.

M. Guignard a employé le *salicylate de méthyle en histologie*.

M. Lépinois dose l'*acidité urinaire* par un nouveau procédé.

M. Œschner de Coninck étudie l'*élimination du soufre* chez les enfants rachitiques.

MM. Carvalho et Athanasiu étudient *la circulation* pendant la fatigue musculaire. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 mars 1898. (Addition).

Présentations d'ouvrages manuscrits et imprimés.

M. Napias. — J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie, de la part de M. le Dr Bourneville, la sixième édition de son *Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière.* Parmi les ouvrages de ce genre, qu'il s'agisse du Manuel de Billroth, qui est classique en Allemagne, ou des nombreux ouvrages anglais tels que ceux de Georges Black, de James Anderson, etc., il n'en est pas un qui soit aussi complet que celui que publie M. Bourneville avec la collaboration de médecins savants, parmi lesquels nous trouvons les noms de nos collègues MM. Budin et Regnard. Il n'en est pas non plus qui soit aussi pratique, tout en restant élémentaire, comme il convient quand on veut faire des infirmiers et infirmières, des auxiliaires utiles pour le médecin et le chirurgien. Ce *Manuel* s'adresse également aux mères de famille.

Séance du 15 mars 1898.

Saignée, vomitifs et vésicatoire.

M. Daremberg a employé avec succès le vésicatoire, mais seulement chez les tuberculeux résistants, jeunes, sans poussées broncho-pneumoniques étendues avec hémoptysies et fièvre. Dans les poussées très limitées avec 39 ou 40° mais sans hémoptysies, le vésicatoire réussit très bien et abaisse souvent la température de 2 à 1°. Dans les poussées limitées avec fièvre modérée (38° à 38°5) les applications répétées de petites mouches de Milan sont fort utiles.

Vaccination dans les colonies.

M. Hervieux signale la nécessité d'organiser dans les colonies françaises un service de vaccination.

Traitement de l'otite moyenne purulente.

M. Ménière montre les bons résultats donnés dans l'otite moyenne purulente aiguë par les grands lavages faits par la trompe matin et soir au moyen d'eau bouillie chaude. Il arrive ainsi à éviter les complications de voisinage. La guérison survient souvent en assez peu de temps, avec cicatrisation du tympan et intégrité de l'audition.

Hypertrophie sénile de la prostate et prostatomégalie.

M. A. Guépin. — Si les auteurs ne sont point d'accord sur les méthodes de traitement de l'hypertrophie sénile de la prostate, si, malgré leurs inconvénients ou leurs insuccès, des interventions sont souvent conseillées, cela tient à ce que l'on confond d'ordinaire la prostatomégalie, un symptôme, avec l'hypertrophie, c'est-à-dire avec la maladie elle-même. La prostate hypertrophiée est volumineuse ; mais beaucoup de grosses prostates ne sont pas hypertrophiées (pour conserver à ce mot son sens usuel). Ainsi la prostatomégalie accompagne l'œdème et la congestion prostatique, fréquents et considérables chez les vieillards ; elle se rencontre encore dans l'hypersécrétion, avec stagnations glandulaires (*a fortiori* lorsqu'il y a rétention dans certains culs-de-sac), dans les prostatites *chroniques*, dans les *néoplasmes*. La prostatomégalie de l'hypertrophie sénile tient de ces différents facteurs. Les procédés thérapeutiques applicables aux cas précédents, procédés que j'ai exposés dans mes communications antérieures à l'Académie, donnent, par conséquent, ici. des résultats tout aussi satisfaisants, tant pour faire régresser l'organe lui-même que pour aider à rétablir la miction normale. Les opérations proposées pour le remplacer ne font pas mieux ; peuvent-elles même faire autant ?

Condenseur de rayons X.

M. Gariel présente, au nom de MM. Radiguet et Guichard, la note suivante : « Nous avons l'honneur de porter à la connaissance de l'Académie une nouvelle disposition d'appareils accessoires à la radioscopie et à la radiographie qui nous permet d'obtenir une grande netteté même pour de grandes épaisseurs, telles que la tête, le thorax et l'abdomen. Ayant constaté l'avantage qu'il y a à arrêter par une feuille de plomb les rayons de Rœntgen, pour empêcher le flou dû à la fluorescence de l'air ambiant, qui agit secondairement sur les plaques sensibles, nous avons pensé qu'il y aurait avantage à généraliser cette précaution le plus possible sur tout le trajet des rayons. depuis leur point d'émission, au sortir de l'ampoule, jusque sur la plaque photographique. Nous avons en conséquence créé une atmosphère confinée par des parois imperméables, ou au moins très résistantes au passage des rayons X (plomb ou autre métal ou surface fluorescente) épousant aussi exactement que possible la forme conique de leur épanouissement. D'autre part, cette forme devant encadrer la plaque photographique placée à l'extrémité opposée à l'ampoule, nous nous sommes résolus à adopter la forme pyramidale, ainsi que la montre le modèle ci-joint que nous avons nommé « Radiocondenseur ». Supposant que ce nom soit démontré impropre (quand celui de X ne conviendra plus aux rayons de Rœntgen), il n'en est pas moins vrai que le résultat immédiat équivaut à une véritable condensation, ainsi que de nombreuses expériences nous l'ont montré et que le prouvent les radiographies ci-jointes ».

Radiographie dans les hôpitaux.

Après lettre du Ministère de l'Intérieur, une commission composée de MM. Bucquoy. Fournier, Laborde, Gariel, rapporteur, chargée d'étudier la question, a proposé à l'Académie de répondre par les conclusions suivantes, qui ont été votées à l'unanimité : Il conviendrait : 1° de recommander aux établissements hospitaliers, dans l'intérêt du traitement des malades pauvres, l'application de la radiographie et de la radioscopie; 2° d'émettre le vœu qu'un laboratoire spécial de radiographie et de radioscopie soit fondé à l'Académie de Médecine.

MM. Brouardel, Vallin, Napias et Nocard sont délégués pour représenter l'Académie au Congrès international d'Hygiène de Madrid. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 mars 1898. — PRÉSIDENCE DE M. DELENS.

Discussion sur l'intervention chirurgicale dans les luxations irréductibles de l'épaule.

M. RICARD. — Le rapport de Nélaton, sur l'observation de M. Delagénière (de Tours), a fort nettement mis au point les indications de l'intervention chirurgicale sur les luxations irréductibles de l'épaule, suivant leurs variétés. Lors de la discussion de 1895, j'avais déjà, avec notre collègue, émis l'opinion que l'arthrotomie était le traitement de choix dans les luxations immédiatement irréductibles. L'irréductibilité immédiate est, en effet, une anomalie dans les luxations récentes. Et lorsqu'une luxation a résisté aux efforts méthodiquement combinés de réduction, c'est qu'il existe une lésion spéciale, une interposition capsulaire, tendineuse ou osseuse, qui s'oppose à la réduction par les procédés usuels. Or, s'il existe une lésion anormale, en réalité inconnue, est-il logique de recourir aux grandes violences d'extension par les appareils; traction aveugle et brutale, parfois périlleuse et souvent compromettante pour l'intégrité de l'articulation? Pour ma part, avec nombre de mes collègues, je n'hésite pas à recourir à l'arthrotomie large immédiate, et mes résultats, dans les deux cas que j'ai rappelés en 1895, ont été excellents. Après plusieurs semaines, lorsque la luxation a été méconnue, et qu'on a lieu de supposer que l'irréductibilité tient, non pas à des particularités dans les désordres articulaires, mais à la rétraction des lèvres de la déchirure capsulaire et à des adhérences néoformées, il est légitime d'essayer de rompre ces adhérences par des mouvements brusques de rotation imprimés à la tête sous une traction énergique. Mais si l'on ne réussit pas assez facilement, c'est encore à l'arthrotomie large qu'il convient d'avoir recours. Telle est la conduite que j'ai tenue dans le cas suivant, dont voici l'observation résumée :

« Le nommé P... (Auguste), âgé de cinquante-six ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 1er mai 1891, pour une impotence douloureuse du bras droit, remontant à une chute de voiture datant de six semaines. Il est facile de voir qu'il existe une luxation intracoracoïdienne, presque sous-claviculaire. Les tractions les plus énergiques, soit avec des aides, soit avec des moufles, faites sous le chloroforme, d'après les différents procédés classiques, ne peuvent déloger la tête qui reste très haut sous la clavicule. Le 5 mai, le malade est chloroformé à nouveau, et après avoir, par une incision angulaire, désinséré le deltoïde dans un vaste lambeau, je découvre l'humérus profondément caché, au milieu de tissus que les tractions avaient rendus ecchymotiques, la tête humérale était presque inaccessible ; cependant, elle descend quelque peu sous l'influence des tractions que je fais exercer. J'incise progressivement toutes les brides fibreuses tendues, qui paraissent s'opposer à la progression de la tête. Malgré une ouverture large et une désinsertion presque complète de la capsule sur la tête, il m'est impossible de la faire réintégrer la cavité glénoïde. C'est qu'en arrière et en dedans, à 5 ou 6 centimètres au-dessous, existait une forte bride tendue, s'insérant sur une saillie osseuse irrégulière, qui paraissait être formée par le cal d'une fracture. Est-ce la grosse tubérosité détachée par le traumatisme et consolidée vicieusement? Je n'ai, on le comprend, fait aucune recherche à cet égard. Mais, détachant cette saillie à l'aide du ciseau de Mac Even, j'eus la satisfaction de voir la tête réintégrer aussitôt la cavité glénoïde. Quinze jours après le malade quittait l'hôpital. Je le revis en juillet, c'est-à-dire deux mois après l'opération; le fonctionnement de l'articulation était presque parfait, mais non complètement cependant. Les mouvements d'abduction et de flexion en arrière étaient encore limités. En octobre, l'opéré pouvait être considéré comme complètement guéri et jouissait de l'intégralité de ses mouvements. » Cette observation est non seulement intéressante par le résultat thérapeutique qu'elle a permis d'obtenir, mais elle montre combien il eût été illogique de s'obstiner dans les manœuvres forcées d'extension; car l'obstacle à la réduction consistait dans la consolidation vicieuse d'un fragment osseux arraché lors du traumatisme.

M. CHAPUT vient à son tour donner son opinion sur la question : « Je suis de l'avis de notre collègue Nélaton, dit-il, au point de vue de la conduite à tenir dans les cas de luxations très anciennes de l'épaule, traitées par la résection. Que se passe-t-il dans la résection? Les mouvements sont très réduits. La tête ne s'est pas refermée et il reste un vide sous-acromial. Celui-ci est comblé au moment de la contraction musculaire par la tête, remontée au dehors de l'acromion. Ainsi une partie de la force musculaire se trouve employée et par suite limitée. Il y a de plus une tête irrégulière, petite, angulaire, qui s'accroche et limite les mouvements. Aussi je pense qu'il vaut mieux ne pas opérer ces luxations anciennes. Quant aux luxations récidivantes, faut-il admettre que la tête rentre dans la cavité glénoïde pour ne sortir que de temps en temps? Dans une résection que j'ai eu à faire pour une luxation récidivante, il existait une encoche énorme au niveau de la tête humérale. Comment admettre que par usure s'est faite cette encoche, alors que ce n'est que quelques heures par semaine que sort la tête humérale? Aussi je suis d'avis que ces luxations récidivantes sont des luxations permanentes qui, de loin en loin, sont atteintes d'entorses successives.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, contrairement à M. Chaput, pense que la résection peut donner de bons résultats dans presque tous les cas de luxations anciennes. Certaines luxations anciennes peuvent acquérir des mouvements très suffisants ; de plus, si l'on n'avait pas immobilisé dès le début les luxations irréductibles, on arriverait à obtenir des mouvements très suffisants sans intervention. Quant aux luxations récidivantes, ce sont bien des luxations récidivantes et non des permanentes, comme le pense M. Chaput.

M. PICQUÉ. — *Sur les psychoses post-opératoires* (suite).

M. SEGOND présente des *corps étrangers du sinus maxillaire et des corps étrangers (aiguilles) de la main, révélés par la radiographie.*

M. CHAPUT présente un cas de *luxation récidivante par arthrite sèche de l'épaule. Résection. Guérison.*

Séance du 9 mars 1898. — PRÉSIDENCE DE M. BERGER

M. PICQUÉ continue la lecture de son mémoire sur les *psychoses post-opératoires*, mémoire très étudié, très intéressant, dont nous ne pouvons pas donner une idée exacte et complète dans une simple note.

M. TUFFIER apporte ensuite les observations de trois malades qu'il avait présentés à la Société pour *cancer de l'estomac.* Deux d'entre eux ont été opérés par le procédé termino-terminal de Billroth. L'état des malades est resté satisfaisant. Au point de vue opératoire, il est absolument nécessaire d'établir une circulation facile des aliments et de prévenir toute inoculation péritonéale.

M. RICARD fait remarquer que l'essentiel à observer, c'est l'imperméabilité des sutures : « Avoir des sutures étanches, multiplier et assurer l'exactitude des différents plans de suture, tel doit être l'objectif de tout opérateur, quel que soit le procédé qu'il adopte. »

M. GUINARD montre, au point de vue du procédé à employer, que l'on fait ce que l'on peut. Les trois procédés sont bons : celui de Billroth en raquette, quand le néoplasme envahit la petite courbure, celui de Rydygier, quand la grande courbure est atteinte; enfin la gastro-entérostomie trouve son indication après la gastrectomie annulaire dans la grande majorité des cas.

M. CHAPUT. — Le procédé terminal de Billroth trouve son danger dans la suture au niveau du V supérieur, et la traction de l'estomac sur les sutures vient encore augmenter les dangers de cette suture. De plus, les sutures portent sur une région peu nourrie à cause de la ligature de l'artère du bord inférieur de l'estomac. Il rejette donc la termino-terminale de Billroth. Il fera de même de la termino-latérale de Rydygier. Au point de vue du troisième procédé, la gastro-entérostomie avec gastrectomie, c'est le Billroth deuxième manière.

M. POIRIER est d'avis que les procédés préconisés sont graves; il vaut mieux faire une opération palliative et moins dangereuse.

M. HARTMANN dit que l'avis de M. Poirier lui paraît exagéré; l'opération curative semble plus logique.

M. POIRIER. — Il ne suffit pas de présenter des succès de six mois pour faire admettre la pylorectomie comme opération palliative. On laisse toujours des ganglions et on ne fait jamais qu'une opération incomplète.

M. QUÉNU se range à l'avis de M. Poirier, en disant que les ganglions sont souvent pris.

M. CARLIER (de Lille). — *Calculs du rein et néphrotomie*; guérison.

M. ROUTIER. — *Cancer de l'intestin; gastro-entéro-anastomose*; guérison. Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Séance du 1er mars 1898. — PRÉSIDENCE DE M. JOCQS.

M. KŒNIG fait une communication où il préconise la *Discission simultanée de la Capsule postérieure dans l'opération de la cataracte*. La lecture de ce travail (1) donne lieu à la discussion suivante.

M. VALUDE. — J'ai pratiqué plusieurs fois cette opération dans le but d'éviter des cataractes secondaires, de refouler en arrière les masses corticales, et d'empêcher l'enclavement de l'iris en le repoussant. Le résultat fut bon dans un cas de cataracte traumatique. Encouragé par ce succès, j'ai recommencé l'opération; les résultats furent satisfaisants d'abord, puis il n'en fut plus de même dans la suite. L'œil était rouge, et la guérison était retardée de quinze jours. Ces retards tenaient à l'éventration de la plaie par un bouchon vitréen. J'ai eu un enclavement de l'iris. Les acuités visuelles n'ont pas été supérieures à celles obtenues par l'extraction ordinaire. On ne saurait donc employer systématiquement dans toutes les cataractes, la discission primitive de la capsule postérieure, mais c'est une excellente opération d'exception, quand on a la certitude d'avoir des opérations secondaires.

M. TERSON. — Je ne crois pas que les cataractes secondaires soient aussi fréquentes qu'on le suppose. Je me base sur la statistique de mon père et sur ma pratique personnelle. Cette capsulotomie postérieure que préconise aujourd'hui M. Kœnig est séduisante, mais je la crois inutile quatre-vingts fois sur cent. De plus, la présence du corps vitré dans la partie antérieure de l'œil est à craindre, parce que c'est un corps organisé dont la présence gêne la cicatrisation.

M. GALEZOWSKI. — J'ai autrefois pratiqué un certain nombre de fois cette opération. J'ai eu d'abord d'excellents résultats, puis un jour il y eut une issue du corps vitré et une atrophie de l'œil s'ensuivit. Je dus renoncer à continuer cette pratique, car la sortie du corps vitré est un grand danger dans l'opération de la cataracte. Au surplus, la cataracte secondaire se forme souvent dans la capsule antérieure. Ce n'est pas une opération à généraliser, elle ne répond qu'à des cas spéciaux.

M. PARENT. — On a si souvent discuté sur l'opération de la cataracte qu'on est bien aise de trouver un sujet un peu nouveau. L'opération dont vient de nous entretenir M. Kœnig est assurément intéressante à plusieurs points de vue. Les cataractes secondaires sont le point noir de l'opération de la cataracte, et ce procédé peut dans une certaine mesure en faire diminuer considérablement la fréquence. J'ai déjà dit à M. Kœnig que Hasner faisait systématiquement la capsulotomie postérieure. Il ponctionnait simplement le corps vitré. Depuis lors, il ne paraît pas qu'on y ait beaucoup songé; cependant le procédé mérite de fixer l'attention. Je ne l'appliquerais pas comme M. Valude dans les cas où l'iridectomie est faite. La sortie d'une petite quantité de corps vitré n'est pas un obstacle à une bonne acuité visuelle. La cause principale de la réduction de l'acuité est le plissement de la capsule. Son incision le fait disparaître, mais je crois que M. Kœnig fait l'incision un peu trop grande.

M. SULZER. — Hornes a pratiqué un grand nombre de fois cette opération. Toute la question est de savoir s'il faut l'employer dans l'extraction simple ou l'extraction combinée. Hornes n'a pas eu de bons résultats, il est vrai que souvent l'iridectomie avait été faite dans certains cas.

M. JOCQS. — Le décollement de la rétine est une complication à redouter. Je ne vois pas pourquoi la ponction du vitré faite plus tard présente plus de dangers qu'immédiatement. A mon avis, il n'y a pas d'avantages, et je considère la possibilité de l'issue du vitré comme un accident redoutable.

M. KŒNIG. — Je ne prétends pas vouloir généraliser à tous les cas cette méthode opératoire. L'issue du corps vitré peut être évitée, avec certaines précautions. On peut aussi se dispenser d'une seconde intervention à cause des cataractes secondaires, et avoir une acuité visuelle supérieure. L'iridectomie est une contre-indication. La discission primitive est certainement plus facile à exécuter que l'autre, en raison de la ténuité de la capsule au moment de l'opération. Le rôle à assigner à la capsulotomie postérieure n'est pas encore définitif, mais nul doute qu'un jour viendra où les statistiques seront meilleures et pourront fournir des bases sur lesquelles on édifiera l'utilité et l'opportunité de cette opération. Elle mérite d'être reprise et je suis convaincu que sa réhabilitation réunira de nombreux suffrages parmi ceux qui, ne s'effrayant pas des dangers inhérents à tout système opératoire, veulent s'affranchir du joug pénible que les cataractes secondaires font peser sur les opérateurs et sur les malades. Le jour où les cataractes secondaires ne seront plus qu'une rareté, l'ophtalmologie aura réalisé un grand progrès, et c'est par la voie la plus accessible et la moins périlleuse qu'il faut chercher à atteindre ce résultat.

Tumeur de l'iris.

M. DUBOYS DE LAVIGERIE présente une jeune fille de 21 ans, porteur d'une petite tumeur située sur le bord libre de l'iris, et n'allant pas jusqu'au limbe scléro-cornéen. Dimension 2 1/2 à 3 millimètres. La pupille réagit bien. Depuis quelques jours, injection périkératique et léger hypopion. Cette jeune fille, un peu chétive, est la quatrième de onze enfants dont un seulement mort de bronchite chronique. L'auscultation n'a rien révélé chez la malade. Reste la question de spécificité. Bien qu'il n'y ait pas eu de symptômes, je me range du côté de l'avis d'un traitement spécifique.

M. ANTONELLI (de Paris). — L'examen ophtalmoscopique de cette malade ne m'a laissé aucun doute sur la spécificité du granulome irien. Je trouve, en effet, chez elle, à part des stigmates rudimentaires de la papille et de ses vaisseaux, une *marbrure choro-rétinienne*, notamment sur le segment périphérique inférieur de l'œil droit, dont les caractères représentent pour moi un stigmate certain. — S'agit-il de syphilis héréditaire, ou bien acquise dans le tout bas âge? Toujours est-il que les yeux de la malade en question montrent les stigmates de l'affection choro-rétinienne évoluée *in utero* ou dans la première enfance, et que ce cas pourrait bien représenter le premier, dans la littérature ophtalmologique, de granulome spécifique de l'iris dû à une syphilis héréditaire.

M. PARENT. — C'est aller bien loin que d'affirmer qu'il s'agit d'un cas de syphilis congénitale

M. SULZER. — Ces marbrures de la choroïde ne sont pas un indice absolument certain de syphilis, en tout cas elles appartiennent exclusivement à la syphilis héréditaire.

M. TERSON. — L'assertion de M. Antonelli est au moins téméraire. Il faut avoir d'autres arguments avant de dire qu'on est en présence du premier cas de granulome dû à la syphilis héréditaire. On ne sait même pas si la syphilis acquise existe ou non chez la malade. De plus, la provenance de ce genre de tumeurs peut être plus variée et exister en dehors de la syphilis et de la tuberculose; certains de ces condylomes guérissent spontanément.

M. GORECKI. — Ces guérisons sont rares. Ces petites tumeurs peuvent quelquefois entraîner des accidents graves. On ne peut pas en tout cas attribuer à la syphilis ce que le traitement mercuriel a guéri.

M. DUBOYS présente une autre malade atteinte de *déchirure de la choroïde* consécutive au choc d'une pierre, ainsi qu'en témoignait l'ecchymose de la paupière. Au lieu de l'arc blanchâtre concentrique à la papille, on voit une simple ligne assez longue, et venant aboutir en bas de la papille, à un point symétrique. KOENIG.

(1) Sera publié *in extenso*.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 14 mars.

L'affaire Laporte devant la Société de Médecine légale.

M. BENOIT, président, commence par rappeler que si le Dr SOCQUET a pu être considéré comme ayant causé l'incarcération du Dr Laporte, c'est à la suite de la publication par la *Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*, dans son numéro d'octobre 1897, répandu parmi les médecins et les magistrats, d'un article où se trouve citée une pièce sommaire qu'il aurait rédigée à la Morgue après l'autopsie. Voici cette pièce : « Je viens de pratiquer devant vous, en présence de l'inculpé Laporte, l'autopsie de Mme Fresquet. Voici mes conclusions sommaires : Laporte, en pratiquant cet accouchement, *a agi* avec imprudence, *maladresse*, et inobservation des règles de l'art. Il a ainsi involontairement causé la mort de la dame Fresquet. Signé : Socquet. » Or, il paraît que cette reproduction est inexacte, et M. Benoit demande au Dr Socquet de s'expliquer à ce sujet.

M. SOCQUET répond que c'est l'usage, à la Morgue, après une autopsie, de formuler des conclusions sommaires. Toutefois, la pièce qui vient d'être lue n'est nullement conforme à celle qui a été rédigée en réalité, et qui a été rendue publique dans les débats en appel par la lecture qu'en a faite M. le conseiller-rapporteur Ayrault. Voici cette dernière :

« Je viens de procéder devant vous, en présence de l'inculpé Laporte et de la demoiselle Maitrepierre, accoucheuse, à l'autopsie du cadavre de la dame Fresquet ; voici sommairement mes conclusions :

« La mort est le résultat d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, consécutive à une perforation double de la vessie, dont une communiquant avec la cavité utérine près du col. Cette double perforation me paraît avoir été faite avec un instrument piquant, tel que l'équarrissoir (scellé 1) ou l'aiguille en fer (scellé 5). Le cadavre de l'enfant que j'ai également autopsié dans les mêmes conditions, portait sur le pariétal droit une perforation osseuse et présentait une disjonction des pariétaux. L'autopsie *paraît* démontrer que Laporte a pratiqué cet accouchement avec imprudence, *négligence* et inobservation des règles de l'art, et ainsi involontairement occasionné la mort de la dame Fresquet. — Laporte introduit, lecture faite, dit : J'ai demandé un confrère pour m'assister ; mais voyant que la famille Fresquet ne savait pas comment s'y prendre pour en amener un, et me trouvant en présence d'un cas très grave, j'ai opéré comme j'ai pu pour essayer de sauver la malade. Je me suis servi des instruments que Fresquet m'a donnés, n'en ayant pas d'autres à ma disposition. Je reconnais que la vessie a été perforée au cours de mon opération, mais ce qui m'est arrivé a pu arriver à bien d'autres médecins que moi. Au cours des deux autopsies auxquelles je viens d'assister, je n'ai soulevé aucune objection sur les constatations faites par le Dr Socquet. Je n'en ai pas davantage à soulever maintenant, car je reconnais la matérialité des faits. — Lecture faite, ont signé : ANDRÉE, greffier ; BERTULUS, juge d'instruction ; J. SOCQUET ; Dr LAPORTE. »

La citation faite par la *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie* est donc inexacte et incomplète, et M. SOCQUET proteste contre cette altération des textes, et laisse la Société juge du procédé.

Lésions traumatiques de la vessie dans un accouchement artificiel, au point de vue médico-légal.

MM. MAYGRIER et SOCQUET. — Nous avons l'honneur de présenter à la Société des pièces, utérus et vessie, recueillies dans une autopsie judiciaire par l'un de nous, et provenant du cadavre d'une femme morte peu après un accouchement laborieux. Une plainte ayant été déposée contre le médecin, l'affaire fut portée devant les tribunaux. Pendant les débats, nous avons gardé le silence, auquel nous étions obligés comme experts, malgré les attaques dont nous avons été l'objet. Aujourd'hui que l'affaire est terminée par un acquittement qui nous a satisfaits plus que personne, nous tenons, malgré les considérants de l'arrêt qui nous rendait pleine et entière justice, à apporter la preuve scientifique de nos assertions. Il s'agit d'un accouchement dans lequel l'opérateur, après plusieurs applications infructueuses de forceps, dut faire la craniotomie avec des instruments qu'on lui procura, entre autres une aiguille à matelas. La parturiente succomba, et l'autopsie montra que la mort était due à une péritonite consécutive à une double perforation de la vessie. (Les présentateurs montrent des dessins et une photographie reproduisant les lésions). L'une des perforations intéresse la lèvre antérieure du col de l'utérus et la vessie; l'autre, placée en regard de la précédente, dont elle est distante de 4 centimètres, occupe la paroi latérale droite de la vessie. Toutes deux sont verticales, mesurent 2 centimètres, et ont des bords réguliers, qui étaient infiltrés de sang avant le séjour de la pièce dans le formol. Elles ont bien les caractères de lésions traumatiques, et les objections qu'on nous a faites, sans avoir vu la pièce, sont insoutenables. L'hypothèse qu'on a émise de perforations possibles produites par des aiguilles osseuses du bassin est tout aussi inadmissible. Le bassin était bien rétréci légèrement, mais il ne présentait aucune de ces saillies anormales, fort rares d'ailleurs, signalées par Kilian et Depaul. De plus, raison péremptoire, la face antérieure de la vessie est indemne, et c'est la seule qui pourrait être lésée par la paroi osseuse, puisque c'est la seule qui soit en contact avec elle. Quant au mécanisme du traumatisme, nous n'avons pas affirmé qu'il fût dû sûrement à l'aiguille, l'opérateur ayant fait usage d'autres instruments, entre autres du perce-crâne contenu dans son forceps. Mais il n'y a aucune raison pour que l'aiguille n'ait pu produire les lésions, et si ces dernières sont plus larges que l'instrument cela peut s'expliquer par les mouvements imprimés en divers sens à l'instrument, et par des déviations possibles au cours des tentatives de craniotomie.

Le point essentiel d'ailleurs est que les lésions sont dues à un traumatisme opératoire, quel qu'il soit. Nous avons tenu à vous faire cette communication pour avoir votre avis sur ce cas médico-légal, l'un des plus délicats qui puissent engager la responsabilité des experts.

M. CHARPENTIER admet, comme M. Maygrier, que les lésions sont traumatiques. L'instrument, en glissant sur la tête, a perforé le col, puis la vessie de part en part. Mais il s'agit là d'un accident dû aux conditions difficiles dans lesquelles Laporte a opéré. La même chose eût pu arriver à tout autre opérateur, et Laporte ne peut ni ne doit, de ce fait, encourir une pénalité. Son acquittement en appel n'est que justice.

M. MOTET, revenant sur la réclamation du Dr Socquet, déclare que la Société ayant dans une autre circonstance voté à l'un de ses membres attaqué dans ses fonctions d'expert, un témoignage d'estime, il y a lieu d'agir de même dans le cas actuel.

M. CONSTANT propose l'*ordre du jour* suivant qui est voté à l'*unanimité* : « La Société de Médecine légale ayant pris connaissance, à propos d'une expertise récente, des documents officiels, et les ayant rapprochés des documents publiés à l'appui des attaques dirigées par certains journaux scientifiques contre M. le Dr Socquet, constate que ces derniers documents ont été incomplètement et inexactement rapportés, ce qui était de nature à égarer l'opinion publique. » X.

ÉPIDÉMIE D'INFLUENZA A MACHECOUL. — L'épidémie d'influenza, dont on n'entendait plus parler depuis quelque temps, sévit en ce moment à la communauté des religieuses du Calvaire de Machecoul. Six cas avec complication de pneumonie se sont déclarés depuis quelques jours. La supérieure est décédée, ainsi qu'une autre religieuse ; deux autres sont en danger.

LES FEMMES MÉDECINS A BERLIN. — L'Université de Berlin compte 162 femmes inscrites comme étudiantes. Sur ce nombre, il y a 98 allemandes, 26 américaines, 23 russes, 4 autrichiennes, 4 anglaises, 2 françaises, 1 finlandaise, 1 suisse, 1 hollandaise, 1 bulgare, 1 hongroise.

UN MÉDECIN REÇU A 66 ANS. — Un ancien employé des télégraphes de Marseille, M. Rossi, vient de subir avec succès les examens de docteur en médecine devant la Faculté de Montpellier. Il a été reçu avec les félicitations des examinateurs. Il n'y aurait là rien de bien curieux à signaler si nous n'ajoutions que M. Rossi est aujourd'hui âgé de 66 ans. Passe encore de bâtir, mais concourir à cet âge !... (*Echo de Paris*, 22 février 1898).

VARIA

Assistance publique en France.

La plupart des journaux ont reproduit le jugement suivant concernant une fille-mère, qui, réduite à la plus extrême misère, avait volé un pain.

Attendu qu'au moment où la prévenue a pris un pain chez le boulanger P..., elle n'avait pas d'argent et que les denrées qu'elle avait reçues étaient épuisées depuis trente-six heures; que la mère n'avait rien mangé pendant ce laps de temps, laissant pour l'enfant les quelques gouttes de lait qui étaient dans la maison;

Qu'il est regrettable que, dans une société bien organisée un des membres de cette société, surtout une mère de famille, puisse manquer de pain autrement que par sa faute ;

Attendu que la misère et la faim sont susceptibles d'enlever à tout être humain une partie de son libre arbitre et d'amoindrir, en lui, dans une certaine mesure, la notion du bien et du mal ;

Qu'un acte ordinairement répréhensible perd beaucoup de son caractère frauduleux, lorsque celui qui le commet n'agit que poussé par l'impérieux besoin de se procurer un aliment de première nécessité, sans lequel la nature se refuse à mettre en œuvre notre constitution physique;

Que l'intention frauduleuse est encore bien plus atténuée lorsque, aux tortures aiguës de la faim, vient se joindre, comme dans l'espèce, le désir si naturel chez une mère de les éviter au jeune enfant dont elle a la charge;

Qu'il en résulte que tous les caractères de la préhension frauduleuse, librement et volontairement perpétrée, ne se trouvent pas dans le fait accompli par la fille M.., qui s'offre à désintéresser le boulanger P... sur le premier travail qu'elle pourra se procurer ;

Qu'en conséquence il y a lieu de la renvoyer des fins des poursuites sans dépens ;

Par ces motifs, renvoie la fille M... des fins de poursuites sans dépens.

« Après tout », écrit notre ami le Dr G. Clémenceau, après avoir reproduit le jugement, « le boulanger, au profit de qui le juge refuse, par bonté d'âme, d'appliquer les lois protectrices de la propriété, n'est point chargé de subvenir aux manquants d'une société mal organisée. Au lieu de lui dire juridiquement : « Laisse-toi voler, mon ami, car nous sommes pitoyables », il serait d'une charité mieux entendue d'employer quelque partie du superflu de ceux qui ont trop au soulagement de ceux qui n'ont pas assez. Mais je n'insiste pas. Rothschild, qui me guigne, serait capable de me dire que je suis vendu aux pauvres. »

Ce fait — et c'est pourquoi nous en parlons — montre combien est déplorable l'Assistance publique en France. B.

Congrès français de Médecine.

(Quatrième session. — Montpellier. — 12 avril 1898).

La quatrième session du Congrès français de Médecine, qui doit s'ouvrir à Montpellier le 12 avril prochain, se présente dans les meilleures conditions de succès. Le nombre des adhésions est déjà considérable

Nous engageons donc nos lecteurs, désireux de faire partie du Congrès, à envoyer leur adhésion ; car bien que la dernière limite d'inscription, *contrairement à ce qui a été publié*, n'ait pas été fixée au 1er mars, il est de l'intérêt des Congressistes de s'inscrire le plus tôt possible pour profiter des avantages que nous indiquons plus loin.

Nous rappelons à nos confrères qu'ils peuvent faire des communications sur n'importe quel sujet des sciences médicales, mais que le Congrès n'accepte aucunement la responsabilité des opinions émises. D'après le règlement, la lecture ou l'exposé des communications ne doit pas dépasser dix minutes. Les observations présentées au cours des discussions ne doivent pas durer plus de cinq minutes. Il serait désirable que chaque auteur fît par avance, et en trois ou quatre exemplaires, un résumé écrit de son travail, qui sera remis au Secrétariat avant la séance pour être communiqué à la presse.

Nous sommes surtout heureux d'annoncer que tous les Congressistes bénéficieront de billet d'aller et retour, valables pour la durée du Congrès sur les réseaux du P.-L.-M. et du Midi. Les chemins de fer de l'Etat accordent même une réduction de 50 0/0 sur le tarif général. Nous indiquerons prochainement les formalités à remplir pour profiter de ces avantages, que nous espérons voir étendre aux autres Compagnies.

Nous nous sommes enfin réservé, dans les hotels de la ville, au prix de 2 francs à 5 francs par jour, un certain nombre de chambres, qui seront mises à la disposition des Congressistes sur leur demande, pourvu que celle-ci soit parvenue au Secrétariat avant le 1er avril, date de rigueur (10, rue Jeu-de-Paume).

L'avis aux auteurs de préparer d'avance 3 ou 4 exemplaires de leur communication est excellent. En s'y conformant, ils facilitent la tâche des journalistes qui font le compte rendu des Congrès, et sont sûrs que leurs idées sont bien rendues. A cette réflexion, nous en ajouterons une autre qui intéresse le bureau du Congrès. Nous réclamons, pour nous et pour nos collègues de la Presse, l'envoi chaque année, en double exemplaire, des publications du Congrès. Cette réclamation, que nous faisons pour tous les Congrès, est parfaitement justifiée par l'insertion des communications antérieures au Congrès et par la publicité donnée à ses travaux. Nous comptons, pour la défendre, sur notre distingué confrère, le Pr CARRIEU, secrétaire général du Congrès. B.

VIe Congrès pour l'étude de la tuberculose.

Ce Congrès aura lieu à Paris, à la Faculté de Médecine, du 27 juillet au 2 août 1898, sous la présidence de M. le Pr NOCARD (d'Alfort) ; vice-président, M. le Dr HÉRARD

Questions à l'ordre du jour : 1° des sanatoriums comme moyens de prophylaxie et de traitement de la tuberculose; rapporteurs : MM. Le Gendre, Netter, et Thoinot ; 2° des sérums et des toxines dans le traitement de la tuberculose ; rapporteurs : MM. les Prs Landouzy et Maragliano ; 3° des rayons X (radioscopie et radiographie) dans le diagnostic de la tuberculose; rapporteurs : MM. Béclère, Claude et Teissier; 3° (bis) des rayons X dans le traitement de la tuberculose; rapporteurs : MM. les Prs Bergonié (de Bordeaux) et Lortet (de Lyon, 4° la lutte contre la tuberculose animale par la prophylaxie; rapporteur : M. le Pr Bang (de Copenhague); 5° la lutte contre la tuberculose humaine par la désinfection des locaux habités par les tuberculeux ; rapporteur : M. A.-J. Martin; 6° de la propagation de la tuberculose dans l'armée et de sa prophylaxie; rapporteur : M. le Pr Vallin ; 7° questions diverses au choix des membres du Congrès.

Tout en laissant aux membres du Congrès la faculté de choisir un certain nombre de questions en dehors des précédentes, qui conserveront la priorité dans les ordres du jour, le comité d'organisation désire attirer plus particulièrement l'attention sur les suivantes : Valeur séméiologique et pronostique de la tachycardie dans la tuberculose pulmonaire. — De la contagion de la tuberculose par le lait et la viande (faits authentiques) et des moyens de l'éviter. En particulier, des moyens pratiques d'obtenir le lait stérilisé et d'en généraliser l'emploi exclusif. — De la stérilisation des viandes provenant d'animaux tuberculeux. — De la cure d'altitude et de la cure marine de la phtisie. — Des modifications de forme du bacille de la tuberculose et de leur signification pathologique. — Des conditions organiques, cellulaires et humorales qui constituent le terrain tuberculeux ou la prédisposition à la tuberculose.

Prière d'adresser l'adhésion avec un mandat postal de 20 fr., ainsi que la demande des billets de chemins de fer (*avant le 1er juillet*) à M. G. Masson, trésorier du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, Paris. Prière d'adresser tout ce qui concerne les communications et l'organisation du Congrès à M. le Dr L.-H. PETIT, secrétaire général, à Menton (Alpes-Maritimes).

Les Congrès de l'Exposition universelle de 1900.

Arrêté instituant les Congrès à l'Exposition universelle.

Le Ministre du Commerce, sur la proposition du commissaire général, vient de signer l'arrêté instituant les Congrès internationaux qui auront lieu pendant l'Exposition de 1900. En voici l'organisation générale. Les Congrès sont divisés en douze sections : I. Education et enseignement. — II. Beaux-arts, belles-lettres, histoire, archéologie. — III. Sciences mathématiques (mathématiques, mécanique, astronomie, géodésie). — IV. Sciences physiques et leurs applications (physique, chimie, météorologie, industries physiques et chimiques). — V. Sciences naturelles (géologie, minéralogie, botanique, zoologie, anatomie, physiologie, anthropologie). — VI. Sciences médicales. — VII. Mé-

canique appliquée, génie civil et maritime, moyens de transport. — VIII. Sciences agricoles (agronomie, agriculture, industries agricoles). — IX. Economie politique, législation, statistique. — X. Sciences sociales (économie sociale, hygiène, assistance). — XI. Sciences géographiques (géographie, géographie physique, exploration, colonisation). — XII. Industrie et commerce en général.

Tous ces Congrès sont placés sous le patronage du gouvernement français ; mais il est spécifié que ce patronage ne peut, en aucune façon, engager l'administration quant aux opinions émises ou aux résolutions formulées ; les sujets religieux et politiques sont aussi formellement interdits.

Douze Comités spéciaux correspondant aux douze sections que nous venons d'énumérer seront chargés d'étudier les questions relatives aux propositions ou demandes de Congrès et d'en préparer l'organisation. Les membres de ces Comités seront nommés par le Ministre du Commerce et de l'Industrie sur la proposition du commissaire général, et ils éliront entre eux, pour chaque Comité, un président, un vice-président et un secrétaire.

Les propositions formulées par les Comités seront transmises à une Commission supérieure chargée de la direction générale des Congrès conjointement avec le directeur général de l'exploitation de l'Exposition universelle. Cette Commission supérieure comprendra un président et trois vice-présidents nommés par le Ministre sur la proposition du commissaire général, et cela en dehors des membres des Comités, tous les présidents et vice-présidents des Congrès, le délégué principal à l'organisation des Congrès ; enfin, un secrétaire et un rapporteur désignés par le commissaire général.

Les commissions d'organisation devront soumettre à l'administration, au plus tard le 1er octobre 1899, le programme des questions soumises aux délibérations des Congrès, ainsi que l'indication des sujets qui doivent faire l'objet des rapports préparés à l'avance, les noms des rapporteurs désignés, l'indication du nombre présumé des séances, de l'époque proposée pour la tenue des Congrès et des locaux demandés pour les réunions.

Telles sont les mesures d'organisation prévues par l'arrêté ministériel. Rappelons que cette organisation sera sous la direction principale de M. Gariel, le savant professeur qui organisa déjà les Congrès de l'Exposition de 1889. De plus, un palais spécial, dans l'enceinte de l'Exposition de 1900, sera réservé aux Congrès et aux conférences qui les accompagneront ; on avait regretté, en effet, en 1889, la dissémination des lieux de réunion des Congrès, dont la plupart durent tenir leurs séances dans Paris, en même temps que les conférences avaient lieu au Trocadéro dans des conditions de local peu satisfaisantes.

Les Vols dans les Hôpitaux.

On a signalé depuis assez longtemps une affection bizarre, sorte de kleptomanie, dont le caractère spécial est de s'exercer dans les hôpitaux, surtout dans ceux où se font des cliniques, et aux dépens des étudiants en médecine, voire même des professeurs. C'est ainsi qu'à l'Hôtel-Dieu, M. le Pr Duplay a vu, ces temps derniers, ou plutôt n'a pas vu, disparaître son pardessus de fourrure.

Voici qu'on nous signale plusieurs nouveaux méfaits de ce mal terrible, qui semble avoir pris une extension considérable dans ces derniers temps. M. C..., chef de clinique dans le même hôpital, n'a-t-il pas vu son portefeuille dégarni et allégé d'un billet de banque par ces cambrioleurs fin-de-siècle lesquels, faisant preuve d'un excès de délicatesse ou d'habileté, lui avaient laissé ses papiers, car il est à remarquer, parmi les symptômes de l'affection qui nous occupe, que celle-ci s'exerce, par une espèce de sélection, sur des objets de valeur. M. T..., étudiant en médecine, avait accroché [illegible] porte manteau sa jaquette et son pardessus a eu la désagréable surprise de ne retrouver que la première, le pardessus étant presque neuf et de réelle valeur.

Ces faits se passent journellement et sont bien connus des directeurs, qui se contentent de plaindre les malheureux ainsi débarrassés malgré eux. Eh bien nous demandons, nous, si cela peut suffire et s'il ne pourrait y avoir de remède à ce mal qui deviendra bientôt un véritable fléau. D'abord les services de clinique à [illegible] envahis par une nuée d'êtres à l'aspect louche, ressemblant vaguement à des hommes, mais pas du tout à des étudiants. C'est ainsi que l'année dernière, un vol s'étant produit dans les mêmes conditions et l'auteur ayant été découvert par hasard (mais non par l'Administration), on s'aperçut qu'on avait en face d'un repris de justice qui, comme tout étudiant en médecine, avait pénétré dans les salles où il avait trouvé, pour son compte, un excellent champ d'opérations. Il est à remarquer que ces opérations sont toujours suivies de bons résultats, quoique pratiquées à la hâte et sans antisepsie.

Ne pourrait-on pas exiger la *carte d'étudiant* à l'entrée de l'hôpital? En outre, ne pourrait-on pas établir, comme dans tout endroit fréquenté, un vestiaire à l'intérieur de l'hôpital, sous la garde d'une infirmière? Nous nous contentons de soumettre ces propositions à qui de droit, indiquant, non pas peut-être la véritable solution, mais la nécessité d'une solution à une situation qui devient intolérable.

L'Ordre des Médecins.

Nous avons à diverses reprises parlé ici de l'Ordre des Médecins. Nous ne reviendrons pas sur notre manière de voir à propos de cette question. Mais voici les points principaux du rapport que récemment M. le Dr Thibierge a déposé à la séance de la Société centrale des Médecins de France, dont il est le secrétaire.

M. Thibierge, loin de conclure à l'utilité de cette création, *la repousse* au contraire avec une extrême netteté. Le rapporteur reconnaît d'abord, qu'au premier examen l'idée de la création d'un Ordre des Médecins ou de Chambres disciplinaires peut s'expliquer fort bien par certaines analogies qui existent entre la profession d'*avocat* et celle de *médecin*. Les deux professions, quoique ouvertes, sont également jalouses de l'honneur de leurs membres et l'indignité de l'un d'eux n'est pas sans porter préjudice à la réputation de l'ensemble de la corporation. Il était donc naturel, semble-t-il, de chercher à adapter à la profession médicale les institutions et les règles qui gardent l'honneur et la réputation du corps des avocats. Mais si l'on veut examiner, même sommairement, le mode de fonctionnement d'un Ordre des Médecins, on se heurte à de graves objections, et voici comment le rapporteur de la Société centrale les signale rapidement à ses collègues. Un médecin et un avocat sont, par exemple, désignés par le Conseil de l'Ordre auquel ils appartiennent, pour procéder à une enquête sur le cas d'un de leurs confrères. Vont-ils trouver, pour poursuivre cette enquête, des conditions identiques, des facilités ou des difficultés analogues? Très certainement non. L'avocat va contrôler des faits qui se sont passés, sinon tous en public, au moins en présence de témoins compétents, qui ont eu pour acteurs des hommes de loi, des avocats vivant dans « la maison de verre qu'est un Palais de Justice ». Mais, au contraire, le médecin enquêteur sera réduit à appeler en témoignage un patient qui ne consentira peut-être pas à se déranger, dont la déposition bénévole manquera d'exactitude ou de sincérité, les personnes incompétentes qui ont assisté à l'opération ou qui l'ont vue à travers le trou d'une serrure. Voilà, dit le Dr Thibierge, une différence capitale entre ce que pourrait être un Conseil disciplinaire médical et ce qu'est l'Ordre des Avocats. Mais il est d'autres difficultés encore, comme la difficulté d'application de la peine : un avocat exerce sa profession au grand jour, sous l'autorité de magistrats siégeant en audience publique, et ce que le Conseil de l'Ordre des Avocats peut suspendre, c'est le droit d'exercer la profession devant le seul tribunal de sa ville. Mais est-il matériellement possible d'empêcher un médecin de recevoir des malades, de leur donner ses conseils et même de pratiquer des opérations, si ces malades viennent à lui? A quels obstacles se heurterait-on, si on voulait faire la preuve de ce délit d'exercice illégal de la médecine, alors qu'il est si difficile de le faire contre un rebouteur ! Enfin, ajoute le rapporteur, les Chambres disciplinaires ne peuvent être établies que par une loi. Et le Parlement, dit M. Thibierge, serait peut-être « plus disposé à supprimer l'Ordre des Avocats qu'à établir l'Ordre des Médecins ».

Tel est aussi, sur cette question, l'avis de M. le Dr Lereboullet, secrétaire général de l'Association générale des Médecins de France, il est nettement opposé à l'organisation de ces conseils disciplinaires. Ces opinions, cependant, ne préjugent en rien la solution qui sera donnée aux propositions faites en vue de modifier les statuts qui régissent le corps médical. La Société centrale est l'une des quatre-vingt-trois Sociétés dont la fédération constitue l'Association générale des Médecins de France. Celle-ci se réunira le dimanche et le lundi de Quasimodo, et alors seulement pourront être discutées les conclusions presque unanimement défavorables des Sociétés qui constituent l'Association générale. Dans son rapport annuel, le secrétaire général de l'Association, M. Lereboullet, pense

donc qu'il n'aura point de grandes difficultés pour montrer à ses confrères que la création d'un Ordre de Médecins n'est ni désirable, ni utile. Et la question sera ainsi résolue par la négative.

La Société protectrice de l'Enfance.

L'assemblée générale annuelle de la Société protectrice de l'enfance a eu lieu dimanche dernier, à deux heures, dans la salle de la Société des Agriculteurs de France, 8, rue d'Athènes. M. Stéphen Liégeard, ancien député, président de la Société nationale d'Encouragement au bien, qui avait accepté la présidence d'honneur, avait à ses côtés les Drs Gouraud, Sevestre, Blache, Bergeron, Variot, Voisin, etc. M. le Dr Gouraud, président de la Société, a rappelé tout le bien fait par l'œuvre. Il a annoncé que la Société protectrice de l'Enfance pourrait, grâce à la loi votée par le Sénat, récemment, intervenir d'office pour poursuivre les parents indignes qui martyrisent les enfants. « C'est avec joie, dit-il, que je vous annonce la grande réforme qui vient d'être votée par le Parlement. Cette loi permettra à la Société protectrice de l'Enfance de faire entièrement son devoir et de rendre plus complète son action charitable. Tous, nous nous souvenons que nous sommes Français, c'est-à-dire les défenseurs des faibles et des persécutés, nous pourrons, maintenant, sauver les petits enfants de France, qui, sans nous, seraient devenus des martyrs. » M. Stéphen Liégeard a dit la nécessité de protéger les petits qui naissent dans les familles dépourvues de tout et dont le chef chôme trop souvent. M. le Dr Blache, secrétaire général, a rappelé en termes émus le souvenir des membres de la Société qui ont péri victimes de leur dévouement dans la catastrophe du Bazar de la Charité. Puis il établit le bilan de la Société : En 1897, 3.947 secours, représentant une somme de plus de 34 000 francs, ont été distribués; les dons ont contribué à secourir un grand nombre d'existences de pauvres enfants. Près de 7.000 pièces de layette ont été confectionnées spécialement pour les protégés de la Société. Tous ces dévouements de dames et de demoiselles qui, outre leur argent, donnent leur travail et leur temps, ont valu à la Société le diplôme d'honneur qu'elle a obtenu l'an dernier à l'Exposition de Bruxelles. Une distribution de médailles et de diplômes a eu lieu après ces discours. Enfin, M. le Dr Derecq, médecin en chef du dispensaire de l'Œuvre des enfants tuberculeux, a proclamé la liste des récompenses pécuniaires accordées aux mères-nourrices.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 21. — Dissection : MM. Tillaux, Rémy, Sébileau. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Delens, Delbet, Lejars. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Poirier, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Terrier, Jalaguier, Varnier. — (2e *série*) : MM. Monod, Ribemont-Dessaignes, Tuffier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Segond, Humbert, Broca. — (Officiat). (1re *série*) : MM. Potain, Reclus, Bonnaire. — (2e *série*) : MM. Marchand, Ricard, Widal.

MARDI 22. — Dissection : MM. Campenon, Quénu, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Polaillon, Rémy, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Budin, Richelot, Nélaton. — (2e *partie*) : MM. Hutinel, Ballet, Ménétrier. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Thoinot, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM Berger, Albarran, Thiéry. — (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Gilbert, Charrin.

MERCREDI 23. — Dissection : MM. Terrier, Segond, Ricard. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Rémy, Poirier, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : Marchand, Reclus, Lejars. — (2e *série*) : MM. Kirmisson, Jalaguier, Bonnaire. — (3e *série*) : MM. Tillaux, Tuffier, Varnier. — (4e *série*) : MM. Delens, Ribemont-Dessaignes, Delbet. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Fournier, Netter, Gaucher. — (2e *série*) : MM. Hayem, Dejerine, Widal.

JEUDI 24. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Poirier, Thiéry. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Budin, Polaillon, Richelot. — (2e *série*) . MM. Maygrier, Quénu, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Laboulbène, Chantemesse, Thoinot. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Gilbert, André.

VENDREDI 25. — Dissection : MM. Delbet, Poirier, Sebileau. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Rémy, Ricard, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Reclus, Varnier, Broca. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Jalaguier, Walther. — (2e *série*) : MM. Delens, Monod, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Potain, Déjerine, Gilles de la Tourette. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Ribemont-Dessaignes, Humbert, Bonnaire.

SAMEDI 26. — Dissection : MM. Polaillon, Quénu, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gley, Weiss. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Raymond, Letulle, Achard. — (2e *série*) : MM. Debove, Marie, Marfan. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Roger. — (2e *série*) : MM. Chantemesse, Ballet, Ménétrier. — (1re *partie*) Obstétrique : MM. Budin, Maygrier, Richelot.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris

MERCREDI 23. — M. Huguet. De quelques causes d'erreur dans le diagnostic des anévrysmes de l'aorte ascendante. — M. Baudet. Du mal perforant buccal.

JEUDI 24. — Vermorel, Recherches anatomiques et expérimentales sur l'inflammation pleurale. — M. Hyenne. Etude anatomo-clinique des principales dégénérescences des fibromyonnes de l'utérus. — M. Pineau. Le muguet infectieux et plus particulièrement le muguet infectant ou généralisation du muguet chez l'homme. — M. Retournard. Tubage et trachéotomie dans la rougeole. M. Rocca. Du méningisme dans les maladies infectieuses. — M. Lieutaud. Contribution à l'étude du pneumothorax et en particulier de sa guérison. — M. Dufour. Hématémèses infectieuses. — M. Faussié. Du genu recurvatum. — M. Thebault. Fistules par persistance du conduit vitellin. — M. Bachimond (François). Documents pour servir à l'histoire de la puériculture intra-utérine. — M. Bachimond (Fernand). De l'intervention avant la viabilité du fœtus.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 27 février au samedi 5 mars 1898, les naissances ont été au nombre de 1.323, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 459, illégitimes, 166. Total, 625. — *Sexe féminin* : légitimes, 394, illégitimes, 141. Total, 535.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 27 février au samedi 5 mars 1898, les décès ont été au nombre de 1.471, savoir : 476 hommes et 995 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoide : M. 3, F. 1. T. 4.— Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.— Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 9, F. 8, T. 17. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 2, F. 4, T. 6. — Diphtérie, Croup : M. 1, F. 3, T. 4. — Grippe : M. 11, F. 9, T. 20.— Phtisie pulmonaire : M. 116, F. 70, T. 186. — Méningite tuberculeuse : M. 14, F. 10, T. 24. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 9, T. 19. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 3, T. 3. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 26, T. 46. — Méningite simple : M. 14, F. 13, T. 27. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 30, F. 25, T. 55. — Paralysie, M. 2, F. 9, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 5, T. 9.— Maladies organiques du cœur : M. 34, F. 46, T. 70 — Bronchite aigue : M. 11, F. 12, T. 29.— Bronchite chronique : M. 13, F. 18, T. 31.— Broncho-pneumonie : M. 31, F. 21, T. 52. — Pneumonie : M. 25, F. 23, T. 48. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 31, F. 21, T. 52.— Gastro-entérite, biberon : M. 31, F. 25, T. 56. — Gastro-entérite, sein : M.25, F 23, T. 48. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 3, T. 6. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 10, F. 10, T. 20. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2.— Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 19, F. 12.— T. 31. Sénilité : M. 12, F. 27, T. 39. — Suicides : M. 8, F. 2, T. 10. — Autres morts violentes : M. 9, F. 8, T. 17. — Autres causes de mort : M. 74, F. 67, T. 141. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 1, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 68, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 19, illégitimes, 15. Total : 34. — *Sexe féminin* : légitimes, 25, illégitimes, 9. Total : 34.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — *Agrégation des Facultés de Médecine.* — Sont institués agrégés (section de pathologie interne et médecine légale) près les Facultés de Médecine ci-après désignées les docteurs en médecine dont les noms suivent : *Paris* : MM. Teissier (Pierre-Joseph), Thiroloix (Jules-Alexandre). Vaquez (Louis-Henri), Dupré (Ferdinand-Pierre-Louis-Ernest), Méry (Charles-Henri-Joseph). — *Bordeaux* : M Hobbs (Joseph-Lincoln). — *Lille* : MM. Carrière (Georges-Léon), Déléarde (Albert-Eugène). — *Lyon* : MM. Pic (Ferdinand-Adrien), Paviot (Jean-Marie). — *Montpellier* : MM. Raymond (Paul-Hippolyte), Vires (Joseph-Guillaume-Norbert). — *Toulouse* : MM. Frenkel (Henri-Louis). Les agrégés institués par le présent arrêté entrent en exercice le 1er novembre 1897 pour une durée de neuf ans.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours libres.* — M. le Dr BÉRILLON. Psychologie physiologique et pathologique. Applications cliniques de l'hypnotisme, mardi, samedi, à 5 heures

(Amphithéâtre Cruveilhier), mardi 19 avril 1898. — M. le Dr BONNET. Radioscopie et radiographie médicales. Conférences le samedi, à 8 h. 1/2 du soir (Amphithéâtre Cruveilhier). Travaux pratiques, les mardis et jeudis, à 2 heures, salle n° 1 (bâtiments du Musée Dupuytren, samedi 23 avril 1898. — M. le Dr DUNOGIER. Pathologie et thérapeutique dentaires, mercredi, à 5 heures (Amphithéâtre Cruveilhier), mercredi 28 avril 1898. — M. le Dr FOVEAU DE COURMELLES. Radiographie et radioscopie. Radiothérapie, lundi, à 5 heures (Amphithéâtre Cruveilhier). Lundi 25 avril 1898. — M. le Dr GAUBE. Le rapport de l'azote avec la matière minérale. Nutrition minérale, mardi, samedi à 4 heures (Amphithéâtre Cruveilhier), mardi 15 mars 1898. — M. le Dr Georges PETIT. Stomatologie : clinique et thérapeutique, jeudi, à 5 heures (Amphithéâtre Cruveilhier), jeudi 21 avril 1898.

Laboratoires de l'Enseignement préparatoire à la Médecine. — Par décret, l'Université de Paris est autorisée, conformément à la demande que le Conseil de cette Université en a été faite, à emprunter une somme de un million sept cent mille francs, exclusivement applicable : 1° à la construction, rue Cuvier, de bâtiments et laboratoires pour les enseignements préparatoires au certificat des sciences physiques, chimiques et naturelles ; 2° à l'achèvement du laboratoire de biologie végétale institué à Fontainebleau et annexe de ladite Université.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le Pr POTAIN est nommé assesseur du Doyen de la Faculté de Médecine de Paris. — Un congé, pour le 2e semestre de l'année scolaire 1897-1898, est accordé à M. GUYON, professeur de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de Médecine. — M. le Dr ALBARRAN, agrégé, sera chargé, pendant ce 2e semestre, d'un cours de clinique des maladies des voies urinaires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. DEMEURE (Georges-Louis), licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physique, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1897-1898, chef des travaux de physique.

ECOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — M. LE DAMANY (Pierre-Germain-Marie), docteur en médecine, est institué pour une période de neuf ans.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Stroebel, médecin-major de 2e classe, du 137e régiment d'infanterie, est nommé au 2e bataillon de chasseurs à pied. M. Marion, médecin-major de 2e classe, du 5e régiment de chasseurs à pied, est désigné pour le 137e régiment d'infanterie. — *Médecins et pharmaciens militaires.* — Nous avons signalé le dépôt, à la Chambre, par le Ministre de la guerre, d'un projet de loi modifiant la composition des cadres des médecins et des pharmaciens militaires. Aux termes de ce projet le cadre des *médecins* militaires, qui ne répond plus aux exigences actuelles, est porté de 1.300 à 1.457; mais les 50 médecins stagiaires de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, qui n'y sont pas compris un ce moment, y seront désormais comptés avec le grade de médecin aide-major de 2e classe, sans qu'il en résulte d'ailleurs aucune dépense supplémentaire. Cette mesure permettra de donner aux régiments d'artillerie et du génie le troisième médecin qui leur manque et mettra les officiers du corps de santé, au point de vue de l'avancement, dans des conditions plus en rapport avec l'importance de leurs services. Le nombre des *pharmaciens* militaires est ramené de 185 à 115, ce qui est suffisant pour assurer le service des hôpitaux militaires en tamps de paix.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — La Commission de l'armée à la Chambre des Députés examinera bientôt le projet de loi relatif à l'augmentation des cadres du service de santé militaire devenus tout à fait insuffisants.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le prix de Médecine navale pour l'année 1897 a été décerné à M. Vignoli, pharmacien de 1re classe de la marine à Cherbourg, pour son rapport complémentaire sur les huiles de lin et de colza.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés officiers d'Académie : MM. les Drs Antheaume et Dagonet.

NOMINATIONS. — MM. les Docteurs en médecine dont les noms suivent sont nommés membres des Comités d'inspection et d'achats de livres des bibliothèques des villes suivantes : Aix : M. Chabrier. — Arles : M. Talon. — Marseille : MM. Brouillon, Gariel et Laget. — Tarascon : M. Martin.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr MONTPROFIT est nommé chirurgien du lycée d'Angers (emploi nouveau).

BANQUET DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — A l'occasion de l'heureuse issue de « l'Affaire du Dr Laporte », le bureau du syndicat des médecins de la Seine convie tout le Corps Médical à assister au banquet du Syndicat, qui aura lieu le lundi 21 mars, à 7 h. 1/2 du soir, au restaurant Ronceray (terrasse Jouffroy), 10, boulevard Montmartre. — Prix 10 francs. — Tenue de ville. — Envoyer les adhésions le vendredi 18 mars au plus tard, au Dr PHILIPPEAU, trésorier, 12, rue de Châteaudun.

MÉDECINS CANDIDATS-DÉPUTÉS. — Dans le département du Nord, le Comité républicain de gouvernement a offert la candidature législative dans la 1re circonscription de Lille à son président, M. le Dr Théodore Barrois, professeur à la Faculté de Médecine, conseiller municipal de Lille. M. Barrois a accepté. — Dans une réunion tenue à Beauvais (Oise), les Comités d'union républicaine ont acclamé la candidature, aux prochaines élections législatives, de M. Huchet, conseiller général et maire de Beauvais, républicain, contre le Dr Baudon, député radical-socialiste de la 2e circonscription de Beauvais.

A L'ECOLE. — Le *Journal de Médecine* termine son article sur le tumulte qui s'est produit au cours de M. le Pr Blanchard par les réflextions suivantes :

« Le chahut tombera de lui-même, lorsque les étudiants seront las de manifester. Il faut que jeunesse s'amuse. Hier les étudiants criaient : *Mort aux Juifs*; aujourd'hui c'est la peau de Blanchard « qu'il leur faut ». Les temps ne sont plus les mêmes. Autrefois la jeunesse manifestait pour la *libre pensée*, la *République*, des *idées* bonnes ou mauvaises. Aujourd'hui on chahute pour s'amuser. » (13 mars).

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours des Hôpitaux en Médecine.* — La question écrite était : *Tuberculose rénale.* Les questions suivantes sont restées dans l'urne : *Maladie d'Addison. Ulcérations non cancéreuses de l'estomac.* — En *Chirurgie* : Le jury est définitivement ainsi constitué : MM. Peyrot, Walther, Reynier, Richelot, Jalaguier, Reclus, Balzer.

Concours pour la nomination à deux places d'accoucheur des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 23 mai 1898, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, du lundi 25 avril au samedi 7 mai.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — *Programme des cours de la saison d'été* (année 1898). — 1° Cours de médecine opératoire sous la direction de M. le Dr Quénu, directeur des travaux scientifiques. MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront le lundi 18 avril 1898. — 2° Conférences d'histologie. Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. le Dr Macaigne, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. — Nota. Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à partir du jour de la publication de la présente affiche.

LA PATENTE MÉDICALE. — L'amendement proposé à la Chambre des Députés par M. le Dr Pédebidou, qui aurait voulu que le droit proportionnel de la patente ne fût calculé pour les médecins que sur la valeur locative des locaux professionnels, a été repoussé. Le rapporteur lui a répondu que ce serait là une dérogation au droit commun ! M. le Dr Pédebidou n'a pas été plus heureux pour un autre amendement, tendant à n'assujettir les médecins au droit proportionnel de patente que dans l'arrondissement où ils ont élu domicile et où ils ont fait enregistrer leur diplôme.

LA TRISTE ODYSSÉE D'UN VARIOLEUX. — Un ouvrier, originaire de Charix, canton de Nantua (Ain), travaillant à Oyonnax, ayant été reconnu comme atteint de variole noire, fut dirigé par le médecin d'Oyonnax sur l'hôpital de Nantua. Là pas de salle d'isolement, locaux trop restreints, l'homme est envoyé à Charix son lieu d'origine. Le malheureux, étant célibataire et sans famille, le maire de Charix, après avoir prévenu télégraphiquement l'hôpital de Bourg, dirige le malade sur cette localité. Le trajet se fait en chemin de fer, et sans aucune précaution, quoique l'éruption soit très avancée. A la gare pas une voiture d'hôtel ne veut se charger de l'infortuné. Un commissionnaire se dévoue, enroule le malade dans une couverture, le charge sur sa petite charrette, et en route pour l'hopital !... Mais les papiers ne sont pas en règle — quoique la maladie le soit ; refus formel d'admission. Le commissionnaire revient à travers la ville avec son dangereux colis. Escale à la mairie, qui pour toute solution, indique la préfecture. On y va. Il n'est qu'une heure : personne, les employés rentrent à deux heures, et le préfet est en tournée de revision. On court chercher le secrétaire général, qui s'empresse de venir et ordonne l'admission immédiate du varioleux à l'hôpital. Dernier voyage ; son odyssée est terminée. Mais c'est trop tard ; *il est mort le lendemain matin.* — Nouvel exemple de l'état déplorable de l'Assis-

tance publique dans notre pays. — Le *Règlement* passe avant la *Vie* d'un homme !

Congrès de l'Enseignement supérieur a Bordeaux. — Le recteur, président du Conseil de l'Université de Bordeaux, informe de l'ajournement *sine die* du Congrès de l'enseignement supérieur qui devait avoir lieu cette année dans cette ville.

La surdité d'un juré au point de vue médico-légal. — Jean Bonneval, cultivateur à Lagleygeolle, comparaissait ces jours-ci devant la cour d'assises de la Corrèze, sous l'inculpation de nombreux vols qualifiés. Cette affaire, la seule inscrite au rôle de la session de mars, avait tenu plusieurs audiences et le jury venait de rendre un verdict affirmatif sur plusieurs des quarante-trois questions posées, quand Me Tave, défenseur de Bonneval, déposa des conclusions demandant à la cour de lui donner acte de ce que M. Daumichaud, cultivateur à Saint-Exupéry, un des jurés, n'avait pu suivre les débats, étant atteint de surdité. Le président alors interroge non sans peine M. Daumichaud, qui déclare qu'il est très dur d'oreille, mais qu'il a fait tout son possible pour entendre. Il reconnaît cependant ne pas avoir saisi le réquisitoire. Le ministère public ne s'est pas opposé à ce que la cour donnât acte des conclusions déposées. La cour a rendu un arrêt dans ce sens et renvoyé l'affaire à une autre session. Avant de lever l'audience, le président a blâmé M. Daumichaud de ne pas avoir déclaré plus tôt qu'il était sourd et il a exprimé ses regrets d'avoir fait perdre deux jours au jury.

Fécondité. — Ces jours derniers une femme de Lyon (Croix-Rousse), âgée de 41 ans, a accouché de son vingtième enfant.

Ligue antialcoolique d'Agen. — Une ligue antialcoolique s'est formée au chef-lieu du canton d'Agen, sous la présidence d'honneur de M. le Dr Labrousse, sénateur de la Corrèze.

Service sanitaire en Egypte — On mande du Caire que le Conseil de quarantaine a recommandé au gouvernement égyptien de s'opposer au départ des pèlerins pour la Mecque, à cause de l'épidémie de peste bubonique qui règne aux Indes.

La Peste aux Indes. — A Bombay, le 9 mars, de graves désordres ont éclaté dans le quartier indigène, à Bombay, à propos du nouveau règlement sanitaire pris à l'occasion de la peste. Il y a plusieurs tués et de nombreux blessés. Des troupes et des marins ont été envoyés dans ce quartier pour rétablir l'ordre. — Cette semaine, il y a eu à Bombay 1.283 décès occasionnés par la peste, ce qui donne, avec le chiffre des décès causés par les autres maladies, un total de 2.184, soit 136,36 pour mille.

La Peste en Chine. — De Hong-Kong le 8 mars, on signale un certain nombre de cas de peste. Il y aurait environ quatre décès dus à la peste, par jour.

La Fièvre aphteuse dans l'Est. — On écrit de Dijon, le 10 mars, que la fièvre aphteuse s'aggrave dans l'arrondissement de Dijon. Le préfet de la Côte d'Or vient, en conséquence, de prendre un arrêté interdisant toutes les foires et les marchés, jusqu'à nouvel ordre, dans cet arrondissement. Il en est de même pour les réunions ou rassemblements sur la voie publique ou dans les cours d'auberges, ayant pour but l'exposition ou la mise en vente des animaux des espèces ovine, bovine, caprine et porcine. Exception est faite pour les marchés intérieurs des villes ayant des abattoirs.

Réclames médicales.—A propos de réclame *médicale* par lettre de faire part mortuaire, voici un document américain assez réussi : « Vous êtes prié d'assister à l'office mortuaire de l'honorable Joe Nicklby, fondateur des plus importantes fabriques de lard salé des Etats de l'Ouest, aujourd'hui dirigées par Nick Nicklby son successeur, qui vient d'ajouter à ses usines cinq spécialités nouvelles de viandes fumées, pemmicans et hachis conservés. De la part des fils du défunt et de son futur gendre le Dr Mark Warden, le célèbre [illegible]liste, récemment nommé inspecteur des hôpitaux du Wisconsin, qui prévient ses nombreux clients que sa clinique, ouverte tous les jours de deux à quatre heures, sera fermée ce jour-là ». Si Nick Nicklby n'est pas banal, avec ses lards salés, on est surtout frappé de l'ingéniosité du Dr Warden, « futur gendre du défunt », qui profite de la mort d'un beau-père posthume pour [illegible] à la fois son prochain mariage et les heures de sa [illegible].

Enseigne curieuse. — Dans le quartier de Char[illegible], [illegible] bonne enseigne :

Mme X... et Mme Z...
Sages-femmes de première classe, associées
[illegible] *ensemble* [illegible] *sire.*

Deux sages-femmes à la fois ... Pour les jumeaux, sans doute. (*La Justice*.)

Nécrologie. — M. le Dr Paul Delmas (de Bordeaux et de [illegible]. Elève de l'Ecole de Médecine de Bordeaux, il a été nommé, après une série de brillants concours, externe en 1855, interne titulaire en 1856, et enfin premier interne à l'hôpital Saint-André en 1858 ; cette même année il recevait le prix Delord, la plus haute récompense décernée par l'Administration des Hospices. Reçu Docteur en Médecine à Paris le 28 mai 1859, il exposa dans sa thèse inaugurale d'intéressantes *Recherches historiques et critiques sur l'emploi de l'eau en médecine et en chirurgie*, et depuis ce moment esprit ardent, chercheur infatigable, passionnément épris de son art, il ne voulut rien ignorer de la spécialité qu'il avait choisie, l'Hydrothérapie et à laquelle il s'adonnait de tout son cœur. — M. le Dr Pierre-Louis Armand, à l'âge de 91 ans. Il exerçait la Médecine à Denicé (Rhône). C'était, croyons-nous, le doyen des Médecins de ce département. Il avait été nommé interne des hôpitaux de Lyon en 1827. — M. le Dr Ardilouze, de Château-Landon (Seine-et-Marne). — M. le Dr Feillet, de Plougastel (Finistère). — M. le Dr Didier, de Lille (Nord). — M. le Dr Baudean (de Bordeaux). — M. le Dr Dartigue (de Simorre) — M. le Dr Leclercq (d'Arras). — M. le Dr Méric (de Saint-Sulpice-de-Lézat). — M. le Dr J.-B. Richaud (de Marseille). — M. le Dr Termenia (de Seraing).

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Pitié. — *Conférences cliniques sur les maladies nerveuses.* — M. le Dr Babinski, le samedi, à 10 h. 1/4 du matin.

Maladies de la Nutrition. — M. le Dr Albert Robin, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Paris, lundi 9 h. 1/2. — *Objet du cours* : Retentissement des maladies de l'estomac sur l'appareil urinaire et le système nerveux : 1° albuminurie, phosphaturie, diabète dyspeptique ou glycosurie dyspeptique ; 2° vertige, migraine, neurasthénies dyspeptiques. — Enfin le cours sera terminé par deux leçons dans lesquelles M. Robin traitera : 1° des procédés à l'aide desquels on peut déterminer le mode d'action d'un médicament ; 2° des indications sur lesquelles on doit se baser pour fixer le traitement d'un malade.

Hôpital Broca, 111, rue Broca. — *Leçons cliniques de Gynécologie.* — M. le Dr S. Pozzi, vendredi à 10 heures du matin. — Le mercredi, de 9 à 10 heures, démonstrations d'*Histologie pathologique* (Gynécologie), par le Dr Latteux, chef du laboratoire de l'hôpital Broca. Lundi et mercredi, à 10 h., opérations.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Hôpital Trousseau. — M. Kirmisson. Leçons cliniques les mardis et samedis, à 10 heures.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies nerveuses.* — M. le Pr Raymond : Mardi, présentation, examen des malades ; — Vendredi, leçon clinique de 10 à 11 heures. — M. le Dr Déjerine : leçons cliniques sur les maladies nerveuses, le jeudi, à 5 heures. Le mercredi matin, à 9 h. 1/4, examen des malades de la consultation externe. Le cours a lieu dans la salle de la consultation externe.

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Bazy, consultations pour les maladies des voies urinaires (reins, vessie, etc.), les mardis, jeudis et samedis à 9 h. 1/2. — M. Hallopeau. *Maladies cutanées et syphilitiques*, salle des conférences, le dimanche, à 9 h. 1/2.

Hôpital Saint-Antoine. — M. le Dr Paul Tissier, chef de clinique de M. le Pr Hayem, le *jeudi* à dix heures, conférences sur la technique des principaux moyens de *diagnostic des affections de l'estomac.*

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

MÉDECINE OPÉRATOIRE

—

FACULTÉ DE MÉDECINE. — COURS D'OPÉRATIONS.

—

L'Enseignement de la Médecine opératoire à la Faculté de Médecine de Paris;

Par **Félix TERRIER**,
Chirurgien de l'Hôpital Bichat,
Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine.

Messieurs,

Permettez-moi, pour cette année encore, de vous entretenir de l'enseignement de la médecine opératoire tel que je le comprends, et tel que je m'efforce de le faire adopter depuis ma nomination dans cette chaire, c'est-à-dire depuis cinq ans.

Voyons, encore une fois, la situation que j'ai trouvée ici Le professeur de médecine opératoire faisait l'hiver, c'est-à-dire pendant la période la plus active des dissections, un cours plus ou moins théorique, dans lequel, de temps en temps, il répétait des opérations devant les élèves.

Ceux-ci, d'ailleurs, n'y voyaient absolument rien, le cours se faisant le soir, de 5 à 6 heures, dans un amphithéâtre assez mal éclairé.

Un certain nombre de sujets étaient donnés au professeur de médecine opératoire pour ses démonstrations techniques, faites avec l'aide de son seul préparateur.

A côté de cet enseignement, tout à fait dogmatique, et presque exclusivement théorique, existait un autre enseignement pratique.

Celui-ci avait lieu l'été, alors que les dissections étaient terminées et que les sujets pouvaient être tous consacrés aux travaux pratiques de la médecine opératoire. Cet enseignement, placé sous la direction du chef des travaux anatomiques, était fait par MM. les prosecteurs et les aides d'anatomie, dans les pavillons de l'Ecole pratique. J'ajoute qu'il était obligatoire pour les étudiants arrivés à une certaine phase de leurs études et qu'une permission spéciale devait être accordée aux médecins, étrangers ou non, pour les autoriser à suivre ces cours de l'Ecole pratique.

Ici, le professeur de médecine opératoire de la Faculté n'avait aucun role à remplir; il *ignorait* ce qui se faisait à l'Ecole pratique et la façon dont les opérations étaient enseignées. Seul, le chef des travaux était tout puissant et responsable devant M. le doyen de la Faculté de Médecine.

Bien entendu, MM. les prosecteurs et aides d'anatomie étaient entièrement sous les ordres de M. le chef des travaux de l'Ecole pratique.

Ne pouvant comprendre la situation absolument étrange, ou, pour appeler les choses par leur nom, absolument inférieure, du professeur de medecine opératoire, croyant que celui-ci avait un role à remplir dans l'organisation et l'enseignement pratique de la medecine opératoire, je me suis efforcé de modifier peu à peu cette situation. Et permettez-moi de vous exposer ici mes efforts successifs, qui ont été couronnés de succès, — ou au moins d'un succès relatif —, pour dire toute la vérité.

Tout d'abord, j'ai demandé et obtenu de la Faculté de changer l'époque du cours de médecine opératoire. Au lieu de le faire pendant l'hiver, pendant la période, on peut dire anatomique, de l'enseignement pratique de la Faculté, j'ai fait mon cours l'été, lors de la période pratique de la médecine opératoire. Les élèves, retenus aux pavillons de 1 heure à 4 heures, pouvaient, au sortir de leurs exercices pratiques, assister aux leçons théoriques du professeur de médecine opératoire, leçons portant sur un chapitre tout spécial de cette médecine opératoire, comme, par exemple, la chirurgie du crâne, de la face, du cou, de la poitrine, etc.

Je vous rappelle, ici, que ces divers sujets ont été successivement traités par moi dans ces dernières années.

Le résultat obtenu fut meilleur; mais il me semblait tout à fait insuffisant, et je demandai une nouvelle modification de mon enseignement.

Lorsque le professeur, dans une leçon théorique, expose des procédés divers d'opération, il lui est tout à fait impossible de les démontrer sur le cadavre, dans la même leçon, et, le pourrait-il, les élèves n'en tireraient aucun profit, ne pouvant pas se rendre un compte exact de ce qui est fait devant eux. Il fallait donc que les élèves pussent non seulement voir pratiquer de près ces opérations si diverses, mais encore les répéter eux-mêmes, du moment que ces opérations les intéressent au point de vue pratique. Ici, je n'avais pas de distinction administrative à établir; tous les auditeurs du cours, tous les étudiants ou docteurs devaient pouvoir se rendre un compte exact et pratique de ces opérations.

Je demandai donc et j'obtins de consacrer un jour de la semaine pour répéter, à l'heure du cours, et dans mon laboratoire, les opérations que j'avais professées à l'amphithéâtre d'enseignement.

Donc, tous les mercredis, à partir de 4 heures, avec l'aide de mon préparateur et d'un certain nombre de mes élèves, dont quelques aides d'anatomie et prosecteurs, je m'efforçai de faire répéter aux étudiants et docteurs qui se présentaient, les opérations dont j'avais exposé la partie théorique dans mes leçons précédentes.

Cette première expérience fut tentée il y a deux ans; et elle réussit très bien, grâce à votre concours. Malheureusement, mon laboratoire était petit et je n'avais la possibilité d'y placer que trois sujets. C'était là évidemment un inconvénient sérieux au point de vue pratique. Toutefois, en y mettant réciproquement de la bonne volonté, ce qui eut lieu, je pus réaliser mon désir, au moins en grande partie, c'est-à-dire vous montrer de près et vous faire faire des opérations parfois très délicates.

L'année suivante, c'est-à-dire l'an dernier, j'abordai un enseignement difficile, qui n'avait jamais été fait en France : la chirurgie de l'estomac. Comme nous avions

été gênés par le peu de place de mon laboratoire, comme d'autre part il me fallait un nombre de sujets plus grand, pour répéter les opérations longues et délicates que l'on fait maintenant sur les viscères abdominaux, je demandai à mon ami le Pr Farabeuf de vouloir bien me prêter, une fois la semaine, une salle voisine de mon laboratoire et qui doublait la place dont je pouvais disposer.

Ma proposition fut agréée par mon collègue, et au lieu de disposer de trois sujets pour mes exercices pratiques, je pus en utiliser six.

Notez, Messieurs, que c'était presque suffisant, étant données les opérations à répéter. En effet, celles-ci sont pour la plupart du temps difficiles, longues à pratiquer, *même sur le cadavre;* en outre, il faut un guide expérimenté auprès de la personne qui opère et qui a besoin de conseils incessants. Or, ces guides sont relativement rares et j'ai dû les éduquer, comme je me suis éduqué moi-même, pour faire ces opérations relativement nouvelles. On ne peut donc faire répéter qu'un nombre restreint de personnes à la fois, et celles qui servent d'aides et assistent à l'opération apprennent déjà beaucoup en la voyant faire de près.

Peu à peu, donc, j'étais arrivé à réunir dans un même enseignement la partie théorique à la partie pratique.

Mais, je dois vous l'avouer, mon but n'était pas atteint. Comme je vous l'ai déjà dit, je pensais que le professeur de médecine opératoire de la Faculté devait avoir une influence *réelle* sur l'enseignement de la médecine opératoire fait à l'Ecole pratique.

Aussi, le temps d'exercice du chef des travaux anatomiques, qui, en outre, était pendant l'été chef des travaux de médecine opératoire, se terminant ou plutôt étant terminé depuis plusieurs années même, j'en profitai pour demander à la Faculté, d'accord avec mon collègue Farabeuf, la création de deux chefs des travaux pratiques : un chef des travaux anatomiques et un chef des travaux de médecine opératoire.

Après discussion, au sein d'une commission nommée à cet effet, et rapport présenté à la Faculté, le projet fut adopté, — non sans protestation —, et soumis alors au Conseil supérieur de l'Instruction publique en juillet dernier.

Là encore le projet eut gain de cause et il fut décidé qu'indépendamment du chef des travaux anatomiques il y aurait un chef des travaux de médecine opératoire, placé sous la direction du professeur de médecine opératoire.

Le 26 juillet dernier, je fus avisé, par M. le vice-recteur de l'Université de Paris, que M. le Ministre de l'Instruction publique avait décidé que «conformément au vœu qu'il avait émis, le professeur de médecine opératoire serait chargé de la direction des exercices pratiques afférents à cet enseignement et qu'il lui serait adjoint un sous-directeur pour ce service ». Pour obtenir une unité de direction, on a décidé que le sous-directeur serait nommé sur la présentation du doyen, parmi les agrégés en chirurgie en exercice.

Sur ma demande, M. le doyen de la Faculté de Médecine voulut bien présenter à la Faculté mon ancien élève et collaborateur, M. le Dr H. Hartmann, agrégé en chirurgie et chirurgien des hôpitaux, sur le concours dévoué duquel je puis compter, et je dirai, vous pouvez compter.

Messieurs, j'avais accompli, non sans peine, une petite révolution. Aussi, dans la lettre que m'adressa M. le vice-recteur, trouvai-je cette phrase :

Cette organisation est nouvelle. On peut la tenter à titre d'expérience.

Mais, Messieurs, c'est précisément par des expériences successives, pour lesquelles j'ai demandé et redemandé votre appui, c'est, dis-je, grâce à ces expériences que j'ai pu convaincre mes collègues de la Faculté et leur faire partager mes idées de réforme. Je n'ai pas été peut-être aussi heureux au Conseil supérieur de l'Instruction publique, où d'ailleurs je n'ai pas eu accès personnel; je le regrette ; mais enfin j'ai obtenu encore l'expérimentation de mes projets et je m'en félicite, car j'espère bien encore, grâce à votre concours, réussir dans cette nouvelle tentative.

Que sera donc cette expérience ? C'est ce que je tiens à vous exposer dans cette première leçon, ou plutôt dans ce premier entretien.

Et tout d'abord voyons ce qui a trait à mon enseignement personnel. Ici rien de modifié ou à peu près ; comme depuis 1896, je vous ferai deux leçons théoriques au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, à 4 heures, c'est-à-dire après la fermeture des pavillons ouverts pour les travaux pratiques.

Puis, une fois la semaine, le mercredi de 4 à 5 heures, et dans un pavillon de l'École pratique (le n° 1), nous pourrons répéter sous ma direction et sous la direction de mon préparateur et d'aides bénévoles, les principales opérations dont j'aurai précédemment exposé, à l'amphithéâtre, l'histoire et la technique, d'ordinaire assez complexe.

Toutes les personnes qui suivent mes cours, toutes celles que le sujet intéresse, au point de vue pratique, auront, comme d'habitude, libre accès dans le pavillon utilisé pour ces répétitions.

A l'École pratique, suivant les errements imposés par le règlement, — auquel je suis absolument étranger —, les élèves préparant leur examen de médecine opératoire, et pour lesquels les travaux pratiques sont *obligatoires,* seront mis en série comme d'habitude.

L'enseignement leur sera donné surtout par MM. les prosecteurs et aides d'anatomie et sera limité aux questions de l'examen, soit : les ligatures, les amputations, les désarticulations et quelques résections.

Dans plusieurs circonstances, j'ai quelque peu critiqué cet enseignement, en particulier pour certaines ligatures qui ne sont jamais faites —, qu'on ne doit même pas faire.

Toutefois ces opérations sont de véritables exercices d'anatomie topographique; or, les règlements nouveaux prescrivent, pour l'examen de médecine opératoire, cette anatomie topographique.

Il faut donc les conserver, au moins momentanément, car ils répondent dans une certaine mesure aux desiderata formulés par la Faculté, et à propos desquels il y aurait lieu de présenter bien des objections théoriques et pratiques. Je n'insiste pas.

Ici, Messieurs, il ne vous est pas difficile de remarquer, d'une part, qu'entre l'enseignement obligatoire des opérations qui vous sont demandées à l'examen, et pour lesquelles vous êtes guidés par MM. les prosecteurs et les aides d'anatomie ; et d'autre part l'enseignement facultatif du professeur qui fait répéter les opérations exposées théoriquement au cours magistral, il y a place pour un troisième enseignement.

Celui-ci, essentiellement facultatif et pratique, qui sera fait par mon excellent ami et collaborateur, M. H. Hartmann, chef des travaux de médecine opératoire, ou pour mieux dire mon *sous-directeur des travaux pratiques de médecine opératoire.*

Donc, M. H. Hartmann vous fera un cours d'opérations spéciales, complément indispensable de celui fait par MM. les prosecteurs et aides, en vue de l'examen.

Ce cours aura pour but de vous faire connaître, non tous les procédés préconisés, mais les points fondamentaux de chaque opération, avec la description du procédé de choix actuel.

Conçu sur le même plan que mon cours, mais plus élémentaire, il comprendra deux leçons théoriques et une leçon pratique, dans laquelle vous répéterez sous sa direction les opérations enseignées dans les leçons précédentes.

Pour installer cet enseignement absolument nouveau à l'Ecole pratique, nous vous demandons un peu de bienveillance. Par suite des difficultés inhérentes à la mise en train de toute organisation nouvelle, ce cours ne pourra commencer qu'un peu tardivement pour cette année, et il ne sera que l'embryon de ce que nous espérons faire les années suivantes.

Vous serez prévenus de l'ouverture de ce cours, — absolument facultatif —, par une affiche spéciale.

Vous voyez dès lors quel est notre but, pour rendre aussi complet que possible, l'enseignement de la médecine opératoire à la Faculté de Paris.

1° Un enseignement pratique, pour préparer les élèves aux examens. Cet enseignement, fait par MM. les prosecteurs et aides, est *obligatoire*.

2° Un cours théorique, avec exercices pratiques, — le tout *facultatif* —, pour les élèves et docteurs qui, étrangers ou non, désirent apprendre ou répéter les opérations les plus usuelles, celles qu'il faut connaître pour exercer avec conscience la médecine pratique. Il sera fait par mon sous-directeur, M. le D[r] Hartmann.

3° Enfin, le cours magistral, fait par le professeur, dans lequel une partie seulement de la médecine opératoire est exposée, avec tous les développements possibles. A ce cours sont adjoints des répétitions, toujours *facultatives*, pour tous ceux que les opérations complexes intéressent.

Grâce à cette division de l'enseignement théorique et pratique, nous espérons arriver à répandre le goût de la médecine opératoire et à donner à tous ceux qui le désirent, non l'expérience d'un chirurgien, au moins des notions chirurgicales suffisantes.

Espérons, avec notre excellent ami et ancien élève précisément de médecine opératoire, M. le P[r] Dieulafoy, que grâce à ces efforts, l'opposition presque systématique de nombreux praticiens vis à vis les opérations dites nouvelles, en particulier celles qui se font sur les viscères, disparaîtra, ou au moins sera battue en brèche par les nouveaux médecins, et cela au grand profit des malades.

L'an dernier, j'ai déjà, dans mon cours, signalé ce progrès incontestable chez les médecins et chirurgiens de province.

En terminant, Messieurs, je fais encore appel à votre concours bienveillant, sans lequel mes efforts seraient infructueux et sur lequel je compte d'autant plus que, depuis deux années, vous me l'avez toujours donné.

Nous avons expérimenté ensemble, et au profit de tous, les modifications que je vous ai proposées.

Expérimentons encore, suivant le vœu de M. le vice-recteur de l'Académie !

CLINIQUE MÉDICALE

Etude clinique sur le typhisme, sur la fièvre continue paludéenne et sur la fièvre typho-malarienne;

par les D[rs] Jean KARDAMATIS et Spiridion KANELLIS (d'Athènes).

PREMIÈRE PARTIE.

I. Le bacille typhique dans les régions marécageuses, compliqué avec le miasme paludéen chez des personnes qui y habitent, doit présenter des résultats cliniques plus sérieux que ceux produits par le miasme marécageux seul en activité. Aussi l'infection paludéenne qui, malgré l'opinion acceptée auparavant sur un soi-disant antagonisme de la part de cette maladie contre la tuberculose, tout au contraire, malgré les opinions de Shœnlein, Broussais, Boudin, Fribé, etc., elle s'associe très souvent à la tuberculose, en aggravant même l'état du tuberculeux, d'autant que sous son influence, la tuberculose s'aigrit, soit qu'elle se trouve dans l'état latent ou l'état déclaré; de là de nouvelles symptomatologies résultant de l'infection secondaire, aggravent tout l'état maladif.

Nous avons très souvent rencontré chez les malades une maladie contagieuse compliquant un autre état pathologique et aggravant plus énergiquement par association toute l'économie. Nous n'entendons pas les localisations multiples produites par un et le même élément microbique, comme, par exemple, celui du pneumocoque ou bien celui du bacille de la fièvre typhoïde, mais nous présumons l'addition pendant l'évolution maladive, d'une maladie microbienne, d'une autre maladie toute indépendante de la première et produite par des microbes spécifiques.

II. ASSOCIATIONS MICROBIENNES AVEC LE BACILLE D'EBERTH ET LES PLASMODIES DE LAVERAN. — Pour la production d'une maladie infectieuse, il faut un agent actif et un moyen passif, savoir : le microbe, d'une part et de l'autre, le terrain sur lequel l'évolution de ce micro-organisme puisse librement s'accomplir. Si ce microbe compte parmi ceux qu'on nomme *spécifiques*, son développement sera déclaré par l'action de ses exécrétions morbides. Il est possible qu'un nouveau microbe qui sévit dans l'organisme puisse s'y installer, être ranimé, son action se manifestant plus facilement, à cause de la modification de constitution chimique et dynamique du terrain que ce dernier a subie par les excrétions du premier microbe; et cela seulement tant qu'il existe une mutualité entre les microbes combinés et pour ainsi dire alliés.

Mais si un antagonisme, une lutte survient, comme l'on peut constater entre le bacille du charbon, le bacillus pyocyaneus et le streptocoque, ainsi qu'entre la vaccine et la variole, etc., la force virulente paraît affaiblie, la matière chimique de l'un d'eux agissant d'une manière moins toxique sur les cellules ou sur l'autre microbe.

On se demande maintenant si cela arrive dans ce qu'on nomme association de l'infection paludéenne et du virus typhique ; est-ce que, par l'influence réciproque et l'élaboration de ces divers éléments toxiques, la force virulente du bacille typhique diminue par la modification, nuisible sur ce microbe, des matières chimiques du terrain sur lequel les deux micro-organismes sont cultivés parallèlement? Nous n'osons pas accepter cette manière de voir sans hésitation; nous sommes d'avis, en nous basant sur plusieurs données,

qu'autant le bacille d'Eberth que l'infection paludéenne sont susceptibles de combinaison. Nous remarquons tous les jours cette combinaison chez les malades, la théorie de l'antagonisme entre certaines contagions ayant déjà tombé d'une manière sensible.

Ainsi, à Athènes, pendant l'épidémie de 1881, on a remarqué des méningites cérébro-spinales et érysipèles avec la fièvre typhoïde. Hutinel et Martin ont observé une complication d'érythème contagieux pendant la durée de la fièvre typhoïde. Les Drs Loison et Simonin, sur 114 autopsies qui ont été pratiquées dans l'hôpital Belvédère, ont affirmé 5 cas de tuberculose avec la fièvre typhoïde.

On peut dire les mêmes choses pour l'infection paludéenne. Verneuil, en 1892, à l'Académie de Médecine, a présenté un cas grave de charbon, après l'évolution d'une fièvre palustre. La pleuro-pneumonie aiguë, accompagnée d'une névralgie intercostale très douloureuse, a été constatée pendant l'évolution de la malaria. Dernièrement, au Caire, M. N. Pistis, parlant de la valeur thérapeutique du sérum dans la diphtérie, cite deux cas d'infection paludéenne compliqués d'une manière très caractéristique avec le virus diphtéritique, avec prédominance du plasmodium. L'un de nous a constaté l'action du paludisme pendant l'évolution de l'inflammation érysipélateuse. A Katochi, lieu marécageux par excellence, où toujours et partout, en hiver et en été, en automne et au printemps, le miasme palustre se trouve répandu, il paraît que ce dernier, compliqué avec le microbe spécifique de l'érysipèle, donne ce type malin que nous avons remarqué en ce lieu et qui produit les grandes suppurations et les oscillations fébriles, après l'injection générale de l'organisme ; ça se fait peut-être par la mutualité des microbes dans la lutte commune contre l'économie.

M. Démetriadès (de Loutrakion), décrivant l'histoire (1) d'une jeune fille de sept ans, cite aussi l'apparition d'érysipèle pendant l'abaissement de la fièvre palustre. Mais nous nous y entrevoyons la combinaison de l'infection marécageuse avec le streptocoque érysipélateux, combinaison dans laquelle ce dernier a cédé un moment, tandis que le miasme palustre s'étant déclaré et mis au premier rang, a donné, à son apparition, les symptômes d'une des fièvres nommées pernicieuses encéphaliques.

Combien de fois la fièvre puerpérale ne se combine-t-elle avec le paludisme ou la fièvre typhoïde, étant donné que dans quelques circonstances, on ignore l'infection en présence de laquelle on se trouve, et on est obligé, outre la médication par la quinine, d'agir aussi localement. Heureusement, dans ces derniers temps, l'art microscopique, par la découverte du plasmodium relativement au premier cas et par la méthode de Vidal pour le second, a fait de grands progrès dans la recherche diagnostique.

En traitant, il y a quatre ans, un malade souffrant d'une blennorrhagie de l'urètre, nous avions remarqué que les premiers phénomènes étaient déclarés par un mouvement fébrile subcontinu au commencement, et plus tard intermittent, qui a totalement cessé par la quinine. Pendant l'épidémie de grippe nous avons observé quatre cas de cette maladie qui n'appartenaient pas à la forme nommée intermittente, mais à un accès de fièvre intermittente paludéenne propre, qui survenait sans subir aucune modification par l'infection grippale, de telle manière que chacune de ces infections agissait indépendamment pour son propre compte.

(1) Γαληνός (*Journal médical d'Athènes*), 1884, page 221.

L'un de nous a très souvent constaté à Katochi, plusieurs maladies aiguës qui se compliquaient avec la fièvre intermittente ou rémittente paludéenne. Le mouvement fébrile, qu'on remarque chez beaucoup de femmes accouchées, est également dû, dans notre climat, à la même cause, c'est-à-dire à l'intoxication paludéenne, sans qu'il y ait aucune autre infection manifeste au niveau de l'utérus.

Mais cette complication du miasme marécageux avec d'autres causes morbifiques ou déterminantes ne doit pas être exagérée au point de ne voir et ne soupçonner partout, comme seul agent, que le miasme paludéen et laisser de côté et mépriser les causes spéciales et primitives de telle ou telle maladie. Quelle importance peut avoir l'opinion émise dans des ouvrages classiques, que l'intoxication paludéenne peut bien produire une péri-typhlite, une péritonite, etc. ?

III. Pourquoi le typhisme se présente également dans des maladies indépendantes du bacille typhique. — Suivant la théorie de l'auto-infection, on admettait que l'autotyphisme était produit par des poisons provenant d'un mauvais état de l'organisme. Mais MM. Gautier en France, Brirger en Allemagne et Selmi en Italie, tout en simplifiant l'ancienne théorie de Cl. Bernard, ont démontré que « la vie est une putréfaction continuelle » et ont proposé non seulement les leucomaïnes, qui sont des produits toxiques des cellules vivantes elles-mêmes, et qui, durant la vie, en produisent sans cesse aux dépens de l'organisme vivant lui-même; mais encore les ptomaïnes, qui sont l'œuvre de la fermentation bactérienne.

Les leucomaïnes sont abondantes dans les matières fécales et très rares dans les urines. Toutes les fois qu'il y a irrégularité dans la sécrétion de ces matières, il en survient un état morbide analogue. Selon cette théorie des chimismes, l'action de l'élément bactérien n'est comptée pour rien : c'est le sol qui meut la théorie. On sait aujourd'hui quelle importance peut avoir autant l'un que l'autre; car, quelles que soient les causes morbides, quels que soient les microbes morbifiques, l'un ne peut se développer sans l'autre, si le sol n'est pas favorable et ne contient pas d'humeurs propres à leur développement et leur culture.

C'est donc ainsi qu'on entend l'activité de la vitalité de l'organisme, aussi bien que celle de l'élément microbien. Le microbe d'une part et le sol favorable de l'autre, voilà ce qu'exige la nouvelle théorie qui rapproche la théorie des chimismes de l'opinion de Pasteur. Tant que les cellules fonctionnent normalement, il n'y a rien d'exorbitant; mais si le froid, la fatigue, l'inanition ou autres causes viennent à suspendre ou modifier leurs fonctions, l'organisme tout à coup est envahi par les microbes contenus dans toutes ses cavités et dans tous ses organes; le fonctionnement physiologique du tube digestif, qui présente une bonne réaction, dans l'état normal, contre le développement des microbes pathogènes, modifié d'une façon ou d'autre, peut non seulement devenir anormal, mais aussi provoquer ces fermentations putrides, dont le produit toxique ne peut être détruit par le foie, ni éliminé par les reins. De là provient un état d'infection générale analogue à celui produit par les fièvres continue[illegible] ou rémittentes, ou typhoïdes. A la suite de ce processus fermentatif qui s'opère dans le sang au cours de plu-

sieurs maladies aiguës, telles que pneumonie, variole, fièvres éruptives, pyémie, septicémie, fièvre bilieuse hémoglobinurique, érysipèle, et diverses autres fièvres paludéennes, l'élément typhique domine et peut reconnaître pour cause, non pas le microbe spécifique, mais les fonctions incomplètes et défectueuses du tube digestif, du foie et des reins, à cause desquelles le microbe spécifique de la maladie acquiert une propriété virulente typhoïde, d'après l'opinion de Pasteur, qui a prouvé qu'un microbe, selon les cas, peut acquérir ou perdre une propriété virulente.

Or, dans toutes les maladies énumérées plus haut, le typhisme ne constitue pas une cause primitive, n'est pas un élément primitif, n'appartient pas exclusivement au virus typhique, c'est-à-dire au microbe spécifique d'Eberth, mais il en est bien un produit, une intoxication de l'organisme, opérée d'une manière secondaire, et due à la maladie essentielle, à la suite d'une fonction défectueuse modifiant le sang, comme cela arrive dans le cours de la fièvre typhoïde proprement dite, qui reconnaît pour cause un virus spécial, le microbe spécifique.

Si l'on considère toutes les maladies infectieuses et contagieuses et toutes celles qui ont une tendance vers la septicémie ou la pyémie, on sera frappé du rôle important que jouent les phénomènes typhiques. Surtout en cas d'endocardite typhoïde, outre le mouvement fébrile, le catarrhe intestinal concomitant avec le météorisme du ventre, les taches rosées, l'hyperhémie des poumons, l'albuminurie, présente une ressemblance frappante avec la fièvre typhoïde essentielle.

IV. — Rapport du foie avec les phénomènes typhiques. — Le foie, qui joue un rôle actif dans la fièvre typhoïde, aussi bien que dans les fièvres palustres, éruptives, et dans toutes les maladies infectieuses qui présentent l'état typhoïde, tantôt devient simplement le siège d'une congestion active, tantôt il subit un ramollissement qui va jusqu'à la dégénérescence graisseuse; il subit des modifications ou lésions qui vont de la plus légère jusqu'à la parenchymateuse même. Plus d'une fois, conjointement au foie, il y a nécessairement par sympathie des lésions siégeant au niveau des reins, à cause de l'identité des fonctions dévolues à chacun d'eux dans l'organisme : la diminution, par destruction ou par élimination, des éléments toxiques accumulés dans l'intérieur de l'économie. L'infection du foie dans ces états morbides, a lieu soit par la veine porte, soit au moyen des vaisseaux lymphatiques ou biliaires.

L'hyperthermie contribue à la diminution des éléments du sang, qui sont propres pour la formation de la bile, parce qu'elle permet aux germes microbiens de s'avancer facilement au dehors des intestins, tandis que, d'autre part, la cessation ou la grande diminution des éléments biligènes est accompagnée par des phénomènes urémiques. D'ailleurs, la prédisposition à l'infection est préparée particulièrement par la diminution du glycogène, diminution due également à la même cause, c'est-à-dire à l'hyperthermie. Cette diminution en moins du glycogène rend le foie incapable pour la destruction des toxines, qui sont produites incessamment et qui peuvent alors empoisonner tout l'organisme, comme cela peut arriver par les divers poisons végétaux ou minéraux. La valeur de l'importance physiologique du foie a été bien appréciée par Galien, qui y rapportait toutes les compositions anormales du sang et les diverses maladies qui en résultent. La faculté calorifique et hématopoiétique du foie a été méconnue et mise de côté pendant les deux derniers siècles. Par les travaux de MM. Portal, Laënnec, Andral, Cruveilhier, Rokitansky, Bernard, Haspel, Charcot, Frerichs, Sabourin, Legry, etc., etc., dans ces derniers temps, les opinions anciennes de Galien ont été reconnues comme vraies, et le foie est aujourd'hui considéré comme un organe dont les fonctions sont éminemment importantes.

La modification et la transformation des éléments thérapeutiques et nutritifs apportés par la veine porte, l'élimination des éléments excrémentiels, et la propriété de produire la matière glycogène, portée à la lumière par Cl. Bernard : voilà les principales fonctions du foie.

La fonction glycogénique du foie est celle qui détruit un grand nombre d'alcaloïdes et l'ammoniaque, qu'elle transforme en urée. L'urée donc est préparée dans le foie, d'où elle est emportée par le sang; ce qui explique pourquoi les recherches expérimentales ont donné un plus grand nombre d'éléments uréiques dans le tissu hépatique que dans celui des reins. Dans les cas des affections parenchymateuses du foie, il y a diminution de l'urée et par conséquent accumulation des matières excrémentitielles dans l'économie. On sait que l'urée est le plus puissant agent diurétique physiologique, parce que conjointement à l'eau éliminée, les matières solides qui doivent être éliminées, sont également charriées. Cette diminution ralentit la fonction du filtre rénal, d'où rétention d'éléments excrémentiels dans l'organisme, suspension ou gêne de la désassimilation cellulaire, hydrémie, modification des humeurs, tendance à stase sanguine, tuméfaction, albuminurie qui varie suivant la multiplicité des conditions anatomiques, physiques, chimiques et physiologiques de l'empêchement de la matière protéique, et, en général, des phénomènes urémiques.

Donc, les symptômes typhiques, que nous remarquons dans l'évolution des diverses maladies infectieuses et contagieuses, aussi bien que dans la marche des maladies paludéennes, nous devons les rechercher dans la fonction défectueuse de ce viscère en ce qui concerne la destruction des éléments toxiques, autant ceux qui sont l'œuvre des bactéries, que ceux qui proviennent des ptomaïnes qui, pénétrant dans le cours sanguin par la muqueuse intestinale, augmentent particulièrement et les symptômes typhiques et le ralentissement de la fonction filtratoire des reins qui en résulte d'ailleurs nécessairement; ces processus apparemment, ne proviennent point de la cause spécifique, le microbe éberthien, lequel n'a rien à faire avec les symptômes typhoïdes secondaires que nous venons d'énumérer.

Quelle est la signification, l'importance qu'on doit attribuer aux fermentations gastro-intestinales ? Il suffit de rechercher l'influence du tube digestif sur l'encéphale, très expressive dans l'enfance. Prenez telles statistiques de l'enfance et de l'âge mûr que vous voudrez, vous y remarquerez une certaine analogie. Dans l'adolescence, âge où manque la pluralité des morts d'une maladie gastro-intestinale, manque aussi, par analogie, la pluralité des morts d'une cause encéphalique. Dans l'enfance, au contraire, nous remarquons que le premier rang des causes mortelles tient les maladies gastro-intestinales, tandis que celle des maladies cérébrales vient en second lieu, dans la proportion de deux à un.

Dans une statistique de M. le professeur de la Faculté de Médecine d'Athènes, A. Zinnis, sur 5.533 petits

enfants malades, on remarque que 1.931 sont morts de maladies du tube digestif et les 870 autres de maladies cérébrales. Sur 20.431 petits enfants morts à Milan dans l'espace de dix ans, il y a 5,426 morts de maladies intestinales et 2 042 de maladies de l'encéphale.

Ces deux exemples statistiques, pour n'en pas citer d'autres, suffisent pour nous convaincre de la surabondance des maladies gastro-intestinales et de l'influence que celles-ci exercent sur le cerveau de manière qu'il y ait entre ces deux maladies un certain rapport, particulièrement dans le bas âge.

Après ce que nous venons de dire de la signification que nous devons attribuer aux fermentations gastro-intestinales, en ce qui concerne les phénomènes cérébraux, aussi bien que de la relation du foie et des fermentations gastriques et intestinales avec les symptômes typhiques, nous passons au chapitre de la comparaison des processus destructifs qui ont lieu dans le tube digestif et le foie, tant en cas de fièvre typhoïde que dans le cours des maladies paludéennes et infectieuses, présentant l'état typhoïde au point de vue anatomique, pour prouver que tous ces travaux phlegmoneux peuvent être opérés non seulement par le bacille typhique éberthien, mais encore par d'autres microbes spécifiques, qui n'ont rien de commun avec le bacille typhique, mais qui présentent une grande ressemblance quant à l'action fonctionnelle des éléments toxiques.

(*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Stomatologie : Application des rayons X.

Deux ans à peine se sont écoulés depuis le jour où un merveilleux hasard fit découvrir au P[r] Rœntgen les rayons X, que déjà chacune des différentes branches de la médecine s'est efforcée de mettre à profit les propriétés remarquables de ces rayons. La chirurgie, et en particulier la chirurgie osseuse, a la première et le plus immédiatement bénéficié de la grande découverte. L'obstétrique pourra bientôt, grâce à certains perfectionnements de technique, en retirer de précieux avantages.

Jusqu'ici l'ophtalmologie seule n'a pu utiliser les rayons Rœntgen, les divers milieux de l'œil étant réfractaires à leur propagation.

La radiographie, par des perfectionnements successifs, permet déjà de donner en reproductions photographiques, non seulement les images des os, mais encore celles des différents tissus traversés par les ondes Rœntgen, proportionnellement à leur densité de pénétration. C est à ce résultat, d'ailleurs, que tendent les efforts des specialistes adonnés à la science nouvelle ; c'est-à-dire à pouvoir discerner les divers organes sur les épreuves radiographiques.

Au point de vue de l'*odontologie* et de la *chirurgie des mâchoires* qui peut en dériver, il était intéressant de savoir si les organes ou parties d'organes inclus dans les maxillaires seraient perceptibles aux rayons X. La question ainsi posée, il était permis de supposer *a priori* que les dents, organes durs et d'une texture sinon identique, du moins très analogue à celle du tissu osseux, arrêteraient, ainsi que les os qui les contiennent, la marche des rayons X, et se confondraient, sur l'écran fluorescent, avec les maxillaires, en une même silhouette grise dont les contours seuls seraient distincts. Mais l'expérience a complètement infirmé cette hypothèse ; et sur l'écran lumineux les maxillaires viennent se dessiner en laissant voir très nettement leur contenu, les racines dentaires, dont on distingue parfaitement les canaux pulpaires.

Il est donc évident que la différence de densité moléculaire existant entre les parois alvéolaires faites de tissu spongieux et la masse dentinaire plus compacte des racines, a suffi pour permettre aux organes dentaires d'apparaître ainsi avec tous leurs détails.

Il convient toutefois de remarquer que l'image obtenue est toujours double ou plutôt constituée par deux images plus ou moins exactement superposées; car les rayons partis de l'ampoule de Crookes traversent les deux moitiés symétriques, droite et gauche, des maxillaires avant d'arriver sur l'écran. Cette superposition, qui nuit à la netteté de l'image, pourra peut-être être évitée dans l'avenir si l'on parvient à modifier le dispositif jusqu'ici adopté qui fait traverser la face par les rayons X, dans son diamètre transversal. C'est dans cet ordre d'idées que, pour obtenir l'image entière du bassin, en évitant la superposition des os symétriques qui le composent, le D[r] de Bourgade a eu l'ingénieuse idée de placer son sujet horizontalement ou sur un plan d'une obliquité calculée pour obtenir la configuration intérieure du bassin.

Nous venons d'envisager jusqu'ici l'image obtenue par la *radioscopie*; mais dès que l'on songe à fixer cette image, à la *radiographier*, en un mot, de nouvelles difficultés surgissent pour les organes spéciaux qui nous intéressent. Tout d'abord, en effet, il serait peu pratique d'obtenir des photographies sur lesquelles se superposeraient les deux maxillaires supérieurs ou les deux moitiés du maxillaire inférieur. On a donc pensé à appliquer une pellicule sensible, hermétiquement enfermée dans un papier inactinique, à l'intérieur de la cavité buccale, en la fixant exactement contre le bord interne ou postérieur des maxillaires. Pour arriver à maintenir cette pellicule, on a utilisé parfois la simple action de la langue s'arcboutant contre le bord interne du maxillaire. Mais ce simple procédé n'assure pas une immobilité suffisante de la pellicule; aussi a-t-on eu recours avec assez de succès à une composition résineuse qui sert ordinairement à prendre les empreintes dentaires et dont on a fait un moule s'adaptant très exactement sur les parois postérieures des alvéoles et des dents et y fixant la pellicule. On n'obtient de la sorte qu'une image partielle de la mâchoire avec son contenu dentaire, mais cela est plus que suffisant dans la majorité des cas où l'on n'a à se préoccuper que de la conformation d'une seule dent ou de deux ou trois racines dentaires.

Sans vouloir exagérer les services que la pratique des rayons X peut rendre en stomatologie, il est cependant permis d'en espérer d'utiles résultats pour nombre de circonstances et de cas intéressants. C'est ainsi que l'on pourra parfois recourir à l'examen du sinus maxillaire, pour y rechercher la présence d'un corps

étranger ou d'une racine dentaire ayant perforé le plancher de l'antre d'Highmore (1).

Il pourra également être possible de déterminer la situation et la forme exactes d'une racine laissée dans une alvéole et pouvant être la cause de certaines complications : abcès, fistules, kystes, etc. Les hypertrophies cémentaires ou odontômes, le contenu de kystes folliculaires pourront être de la sorte décelés.

Quant aux dents de sagesse, qui sont si souvent le point de départ des accidents les plus sérieux, il sera assez loisible de déterminer la conformation et la situation presque constamment anormales de leurs racines, alors même que ces dents seraient encore presque totalement incluses dans leur alvéole ou que leur couronne détruite serait recouverte entièrement par la gencive. Les indications ainsi recueillies faciliteraient une ablation rendue souvent extrêmement difficile par l'éloignement de l'organe en même temps que par les complications survenues : phlegmon, trismus, etc.

Il est encore une série de cas spéciaux où la radiographie du système dentaire pourra être d'un certain secours au praticien. Nous voulons parler des cas d'évolution anormale de la première et, plus particulièrement encore, de la seconde dentition. Il arrive, en effet, fréquemment que certaines dents : prémolaires, incisives, canines surtout, n'apparaissent point à l'époque assignée à leur éruption. Ces dents demeurent enfermées dans leurs alvéoles et leur sortie est retardée jusqu'à un âge relativement avancé, vers la vingtième année ou plus tard encore. Le plus souvent, leur présence est révélée par une bosse faisant saillie sur le bord externe du maxillaire ou sur les parois de la voûte palatine. La radiographie pourra montrer de façon précise la forme de ces dents, leur axe d'inclinaison par rapport à l'arcade dentaire ainsi que, dans certains cas, le degré de sinuosité de leur racine.

Tout récemment, M. le Dr Saussine a montré à la *Société de Stomatologie* les épreuves radiographiques d'un maxillaire supérieur d'une fillette de douze ans, où l'on distinguait une incisive supérieure encore incluse dans la mâchoire et dirigée obliquement en avant en formant un angle d'un peu plus de 45° avec le bord alvéolaire. Le simple examen clinique avait bien révélé sous la lèvre supérieure la présence d'une tumeur faisant hernie dans le sillon gingivo-labial ; mais si l'on pouvait conclure de cet examen à la présence d'une dent en voie d'évolution anormale, il n'était pas possible d'apprécier exactement son inclinaison en même temps que la longueur de sa racine et sa rotation sur l'axe, tous renseignements utiles à connaitre pour étudier le traitement orthopédique à instituer ultérieurement.

En résumé, dans ces quelques généralités, nous venons de voir que la pratique des rayons X fournira d'assez nombreuses applications à la stomatologie. La technique seule en est délicate, souvent même malaisée ; mais il est certain que l'ingéniosité des praticiens et des constructeurs spéciaux triomphera de ces difficultés et que la méthode nouvelle, encore dans la période des tâtonnements et des essais, subira de nombreux et progressifs perfectionnements. Ch. Bouvet.

(1) M. Segond a présenté à la Société de Chirurgie (2 mars 1898) des radiographies montrant une canule d'argent oubliée dans le sinus maxillaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 mars 1898.

De la visibilité des rayons X par certains jeunes aveugles.

M. Marey présente la note suivante de M. Foveau de Courmelles. 240 aveugles ont été examinés à l'Institution des jeunes aveugles par l'auteur, avec le concours de M. Ducretet et de M. Martin, directeur de l'établissement, les diagnostics oculaires faits par le Dr Landolt.

Grâce au dispositif employé, les illusions d'optique étaient éliminées, un bruit uniforme se faisant qu'on produise ou non des rayons X, et on a retenu que les patients suivaient ces variations. Le tube de Crookes était enveloppé d'un voile noir pour la seule production des rayons X, il était découvert pour les rayons cathodiques et pourvu de l'écran pour les rayons fluorescents. 9 aveugles : 5 filles et 4 garçons ont perçu les rayons X, d'autres ont perçu les rayons cathodiques mieux que les fluorescents. Les rayons X n'étant pas perçus par l'œil normal, il en faut conclure que la rétine de certains aveugles peut être impressionnée par eux comme l'est la plaque photographique qui traduit ces rayons invisibles.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 mars. — Présidence de M. Mougin.

MM. Bezançon et Griffon. — Les milieux usuels (*gélose et bouillon*) ne conviennent pas à la culture pratique du pneumocoque ; la capsule, élément capital, y fait défaut, la végétabilité y est faible, la vitalité courte. M. Mosny conseille le sérum de lapin ; MM. Gilbert et Fournier, le sang défibriné. Le sérum de lapin permet de le dépister et de l'isoler ; du reste, les sérums d'animaux jeunes peuvent être substitués à celui du lapin jeune. Mais c'est dans le sang défibriné qu'il faut, au laboratoire, conserver le pneumocoque, si l'on tient à lui conserver sa vitalité et sa virulence ; il y pousse moins vite, mais y conserve très longtemps ses caractères. On peut remplacer le sang défibriné par du sang peptoné de chien, additionné de moitié sérosité d'ascite.

M. Roger, continuant les expériences entreprises sur les *cultures de charbon et de streptocoque*, dans les vaisseaux, les a appliquées aux cultures de staphylocoque, de colibacille, d'oidium albicans. Le foie est la barrière des microbes du staphylocoque et de l'oidium, tandis qu'il n'arrête pas le colibacille. Aussi, pour le staphylocoque, l'inoculation par la carotide entraîne une mort rapide, le cerveau étant un bon milieu de culture et le tissu hépatique évité. Avec le colibacille, au contraire, le foie est profondément infecté, jaune, dégénéré, avec des taches blanches à la surface.

M. Boix signale dans la *cirrhose biliaire hypertrophique de Hanot* : 1° La rate, qui reste immuablement grosse pendant toute la durée de la maladie, quelles que soient les variations du volume du foie qui sont assez fréquentes et notables ; 2° cette grosse rate accompagne l'hypertrophie du foie. En réalité, elle précède le processus hépatique, ou tout au moins les symptômes apparents de ce processus ; 3° la cirrhose de Hanot est souvent une *maladie familiale*, les enfants des malades ont une grosse rate, sans autre symptôme jusqu'à nouvel ordre. Dans une famille observée, un teint très pigmenté non seulement chez les enfants, mais encore chez les collatéraux ; 4° la grosse rate est *la clef de voûte* de la maladie de Hanot. Le plus souvent l'impaludisme n'est pas en cause ; 5° mais si l'agent pathogène de la maladie de Hanot n'est pas le

paludisme, il est quelque chose d'analogue, paraît avoir une *origine hydrique*, car les sujets de ses observations vivaient sur des terrains à fièvre ou buvaient de l'eau de puits. Dans certains cas, la maladie a succédé à une fièvre typhoide d'origine hydrique indiscutable; 6° c'est donc là une *maladie spécifique*, ou tout au moins une infection hépato-splénique d'une nature spécifique et non une infection hépatique banale, comme l'admettaient MM. Gilbert et Fournier (Soc. de Biologie, 10 juillet 1897).

M. Michel présente une note sur la *régénération des bourgeons terminaux des annélides.*

MM. Jardet et Niviere ont fait une étude sur la glycosurie consécutive aux injections intravasculaires de sucre.

M. Beauregard a retrouvé, dans un nouveau morceau d'ambre gris, le *Spirillum* qu'il a déjà décrit, et, en outre, une moisissure encore indéterminée.

Séance du 19 *mars* 1898. — Présidence de M. Mangin.

MM. Roger et Josué ont étudié l'*action neutralisante de la substance cérébrale* sur la toxine tétanique. Cette action, étudiée déjà par Takaki et par Wassermann, a été reprise par les auteurs avec la *névrine*, produit défini de désassimilation de la matière cérébrale, mortelle du reste pour le cobaye à certaines doses. En mélangeant, dans des conditions que l'expérience a fixées, les deux substances, on obtient la survie des animaux pour des doses mortelles de toxine tétanique. Les inoculations successives des deux substances sur le même animal ne donnent aucune survie.

M. Claude rapporte l'observation histologique du *système nerveux d'un lapin inoculé avec du venin de vipère* et ayant présenté des phénomènes intenses de paraplégie et de paresie. Les nerfs étaient atteints de névrite parenchymateuse intense, et les lésions médullaires étaient également très marquées, mais les deux ordres de lésions ne se correspondaient pas. C'est-à-dire que la moelle lombaire était très lésée avec des lésions assez peu marquées des nerfs périphériques, et que la moelle cervico-dorsale l'était moins avec des lésions périphériques étendues. Les differents neurones ont donc été frappés isolément; ce qui explique certaines variétés de névrite d'allure insolite.

M. Carnot a recherché, avec M. Gilbert, le *rapport qui existe entre l'absorption et l'élimination du glucose* par injection intra-veineuse. Ce rapport est en général constant; mais il peut être augmenté sous l'influence de la phloryzine, du nitrate d'amyle et de certaines infections telles que celle due au staphylocoque.

MM. Linossier et Barjon adressent une note sur l'*élimination du bleu de méthylène à l'état de chromogène incolore par les urines.* Ils ont constaté sur la malade que cette transformation du bleu était extrêmement favorisée par l'alcalinité de l'urine et même des voies urinaires; car ils l'ont observé chez des malades dont l'urine était rendue alcaline par saturation de l'organisme par l'eau de Vichy.

M. Tuffier a étudié sur le chien la *production expérimentale du rétrécissement du pylore.* Tous les procédés d'irritation mécanique ont été employés par lui sans résultat; ce n'est que la résection qui lui a permis d'obtenir une véritable sténose pylorique. On observe alors une dilatation précoce de l'œsophage, puis une dilatation permanente de l'estomac avec hyperacidité du contenu gastrique.

M. Guyon dépose une note sur l'*innervation du cardia.* Pour lui, à ce niveau, le pneumogastrique est antagoniste du grand sympathique, qui provoque la contracture des fibres musculaires du cardia.

M. Toulouse présente un *pupillomètre*, construit par M. Chazal. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 *mars* 1898.

Appendicite et grossesse.

M. Pinard rapporte un cas d'appendicite survenue brusquement au cinquième mois et demi d'une grossesse et suivie d'une péritonite purulente mortelle, malgré l'intervention. L'appendicite guette la femme enceinte et l'accouchée. Son diagnostic rendu difficile par la coincidence de la grossesse est cependant possible. Le traitement a ici une importance capitale. Pendant la grossesse, l'appendicite doit être traitée absolument comme si l'utérus était vide. L'opération doit même être encore plus précoce, car ce n'est qu'à cette condition que la femme pourra guérir. On ne doit pas vider préalablement l'utérus. L'indication est encore plus formelle qu'à l'ordinaire et l'on devra opérer, même s'il y a seulement menace d'appendicite. De plus, lorsqu'une jeune fille présente une poussée d'appendicite, il faut l'opérer, de peur de laisser un foyer latent qui pourrait plus tard se réveiller à l'occasion d'une grossesse.

M. Dieulafoy insiste sur un point de l'observation de M. Pinard : constatation du colibacille dans le sang du fœtus expulsé, et qui succomba rapidement. Il rappelle les recherches de MM. Hartmann et Mignot sur la virulence du colibacille, provenant de la cavité close appendiculaire. Virulence et toxicité sont bien plus grandes qu'au-dessus de cette cavité.

Applications de salicylate de méthyle.

MM. Linossier et Lannois montrent : 1° Les bons effets de ces applications dans le rhumatisme articulaire aigu et surtout subaigu, l'arthrite goutteuse, la sciatique, les névrites; 2° leur innocuité complète même à la dose énorme de 24 grammes par jour. L'essence de Wintergreen, substituée parfois, est plus infidèle et d'odeur plus désagréable. La vaseline, l'axonge, la lanoline ajoutées au salicylate diminuent l'absorption.

Vaccination dans les colonies françaises.

M. Vallin discute non l'utilité mais la légalité de l'obligation proposée par M. Hervieux. La persuasion, la création de centres vaccinaux restent les meilleurs moyens. Quant à l'efficacité des circulaires ministérielles, M. Vallin n'y croit pas beaucoup.

M. Chauvel croit la persuasion seule applicable au milieu de populations souvent hostiles et fanatiques.

Alcoolisme et cirrhose.

M. Riche insiste sur la diminution considérable des sulfates dans les vins, soit français soit espagnols, depuis la loi sur le plâtrage. Les chiffres de 4 à 6 grammes par litre signalés par M. Lancereaux sont impossibles aujourd'hui. Le chiffre toléré de 2 grammes est lui-même rarissime.

Si les sulfates étaient la cause de la cirrhose, leur diminution dans le vin aurait dû amener une diminution correspondante dans la fréquence de cette maladie, ce qui n'a pas été signalé.

La faune des tombeaux et la Médecine légale.

Sous ce titre M. Megnin communique un rapport médicolégal concernant trois faits dans lesquels les aveux des accusés ont vérifié ce qu'a établi antérieurement l'auteur relativement aux rapports de la faune des tombeaux avec la date de la mort. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 *mars* 1898. — Présidence de M. Sevestre.

M. Widal donne les résultats de l'autopsie d'un malade atteint de *gangrène sèche symétrique.* L'artère iliaque primitive gauche était le siège d'un caillot primitif et des caillots secondaires s'étendaient à partir de la bifurcation de l'aorte dans l'artère iliaque primitive droite. Ces caillots étant flottants expliquent les améliorations passagères de la gangrène du côté droit.

Note sur un caractère biologique différentiel du bacille d'Eberth du coli-bacille.

MM. L. Thoinot et Georges Brouardel. — Ce caractère

différentiel, très net, est donné par le développement des deux micro-organismes en bouillon peptonisé contenant de l'acide arsénieux. Le bacille d'Eberth ne pousse jamais, quelles que soient la provenance et l'origine des nombreux échantillons que nous avons essayés (Italie, France, Amérique, bacille provenant de la rate, des selles, etc.), dans des bouillons contenant plus d'un centigramme d'acide arsénieux pour 1 litre. Il est également impossible d'entraîner cet organisme, c'est-à-dire qu'il est impossible, partant de bouillons beaucoup plus faiblement arséniés et procédant par passages successifs en milieux graduellement plus forts, d'arriver à faire développer l'Eberth dans un bouillon ayant plus d'un centigramme d'acide arsénieux pour 1.000. Le coli-bacille, au contraire, pousse toujours d'emblée, quelle que soit sa provenance, dans des bouillons contenant une dose de 1 gr. 50 d'acide arsénieux pour 1.000. Mais certains échantillons poussent même d'emblée dans des bouillons dosés à 1 gr. 75 et 2 grammes d'acide arsénieux pour 1.000, ce qui semble indiquer la pluralité des races de coli opposée à l'unité du bacille d'Eberth. Le coli-bacille est d'autre part remarquable par la facilité de son entraînement en milieu nutritif arsénié : on peut, partant d'une culture en bouillon arsénié à 1 gr. 50 pour 1.000, arriver, par passages méthodiques et graduellement croissants, à obtenir une culture en milieu arsénié contenant jusqu'à 3 grammes du poison pour 1.000. Entre l'organisme résistant ainsi à une dose énorme d'acide arsénieux et le bacille d'Eberth, incapable de se développer en présence de la dose minime d'un centigramme pour 1.000, il y a vraiment une différence biologique remarquable, à ajouter à celles que l'on connaît déjà (réaction de l'indol, fermentation du lactose) et à mettre sur le même pied. La même réaction biologique vis-à-vis de l'acide arsénieux fournit aussi une différenciation dans le groupe des para-colibacilles : nous l'avons essayée sur plusieurs échantillons (bacille retiré d'une collection purulente du cou par Chaput, psittacose, septicémie des veaux, bacille retiré de la bouche par Widal). Quelques-uns (les 3 premiers) se comportent presque comme le bacille typhique ; le dernier comme le coli vulgaire.

M. F. Widal trouve que le grand intérêt de la découverte de M. Thoinot est la possibilité d'établir des distinctions entre les divers types de coli-bacille.

Crimothérapie. Action du grand froid sur la dyspepsie de la tuberculose.

MM. Letulle et Ribard ont essayé avec succès l'emploi du grand froid sur les troubles dyspeptiques de la tuberculose. Cette méthode thérapeutique qu'ils dénomment crimothérapie, est appliquée, au moyen d'acide carbonique solidifié, sur le creux épigastrique. M. Ribard, s'inspirant des expériences de M. Raoul Pictet, a essayé le premier cette méthode. Aucun accident ne résulte de cette application d'un froid atteignant une température plus basse que — 80°, et les tuberculeux traités en ont retiré de bons effets. J. Noir.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 17 février 1898. — Présidence de M. G. Hervé.

M. Raymond lit une note sur une *inscription runique de la vallée du Rhône* et présente un instrument que des analyses ont démontré être en cuivre pur. Trouvée avec une industrie de l'âge de pierre, cette pièce, qui n'est pas unique en son genre, est pour M. Raymond une preuve de l'existence d'un âge de cuivre.

M. de Baye a trouvé, dans ses grottes néolithiques de la Marne, une *perle en cuivre.*

M. A. de Mortillet signale plusieurs découvertes de même genre. Pour lui, ces objets de cuivre sont contemporains d'objets de bronze importés, et leur existence s'explique par la rareté de l'étain.

M. Hervé estime que les indigènes, en Espagne, ont bien travaillé le cuivre, n'ayant encore pour l'extraire que des outils de pierre, mais que dès lors le commerce introduisait sur la côte orientale des objets de bronze.

M. Moreau présente le *tronc d'un sapin de 11 ans auquel le cancer a été inoculé.* Des journaux de médecine ont déjà entretenu le public savant de ces curieuses expériences, d'où il résulte que le cancer est transmissible des végétaux à l'homme et inversement. Le végétal contaminé est, comme l'homme, généralement frappé de mort.

M. Fourdrignier lit une communication sur les *services que rend la photographie en anthropologie* comme en tant d'autres sciences.

M. Laville présente toute une série de *pièces, outils en silex, dents et ossements d'animaux, coquilles,* provenant du gisement de Corbicales de Sergy, en Seine-et-Oise. Ce gisement avec mammouth remonte à une période de transition, pendant laquelle les outils acheuliens sont encore employés, alors que se montrent des façons de taille qui leur sont généralement postérieures.

M. Zaborowski expose les résultats de l'étude qu'il a faite de *crânes de kourganes* (tumulus) *sibériens*, rapportés par M. de Baye. D'après le matériel archéologique ramassé dans ces kourganes, qui figure dans les musées de la Russie, il est certain qu'aucun d'eux n'est de beaucoup antérieur à notre ère. Il y en a peut être qui sont synchroniques de l'époque scythique ; ce seraient à coup sûr les plus anciens. Ils n'occupent que la région fertile, la zone de la terre noire, zone agricole. Cette région a subi naturellement le contre-coup des mouvements des peuples qui sont passés entre la Caspienne et l'Oural, d'Asie en Europe. Mais les Scythes mis à part, et nous n'avons pas le droit de contester leurs relations avec la Médie et les Mèdes, tous les siècles écoulés sont occupés pour ainsi dire par deux grandes invasions, celle des Huns et congénères, Avares (du Ier au IXe siècle) et celle des Mongols de la Horde d'Or, fort mêlés, et de Kalmouks. C'est à la dernière de ces invasions surtout que remonte l'établissement des Tartares de la Sibérie occidentale. M. Zaborowski rapporte à ces Tartares quelques crânes de kourganes. Il en est qui sont fort récents. Un crâne peut être celui d'un des Cosaques qui ont fait la conquête de Tobolsk après la chute de l'empire de la Horde d'Or. Les plus curieux de la série rapportée par M. de Baye présentent des caractères distinctifs bien nets. M. Zaborowski montre que ces caractères sont précisément ceux qui séparent les Ostiaks et les Vogouls de toutes les populations environnantes. Il les a d'ailleurs trouvés sur des crânes de kourganes de Saint-Pétersbourg, c'est-à-dire des crânes de Finnois d'avant les mélanges contemporains.

Séance du 3 mars 1898.

M. Manouvrier présente un *individu atteint d'ichtyose.* Tout son corps, dans ses parties les plus intimes, est recouvert d'écailles blanchâtres, et il est d'un aspect hideux. Deux cas semblables au sien ont existé parmi ses ascendants. Il est né avec la peau ainsi modifiée. Cette affection, ou plutôt cette monstruosité est donc héréditaire et congénitale.

M. Volkow expose en détail de *récentes découvertes palethnologiques* effectuées aux environs de Kiew. Cette dernière ville est située sur un plateau à 100 ou 130 mètres au-dessus du niveau moyen du Dniéper. Le long du rivage de celui-ci, il a été raviné profondément, et entre les ravins il s'avance en nombreux promontoires. Sur la face d'un de ces promontoires, à 19 mètres au-dessous du plan supérieur, dans une couche de sable, on a mis à jour des défenses de mammouth, du charbon et des os incisés et calcinés ; cinq morceaux de bois de conifères, des silex taillés très petits et sans forme typique. Il y a eu là évidemment une station humaine. Elle ne peut être que postglaciaire En effet, le glaciaire en Russie a occupé à peu près tout le quaternaire. Il est difficile en conséquence de la faire remonter au delà de la fin même du quaternaire. M. Volkow fait connaître des stations néolithiques découvertes au même lieu. Leur situation à mi-hauteur, sous une faible épaisseur de terre végétale, de 20 centim. à 2 mètres, indique à elle seule qu'elles sont de date plus récente. Les tribus qui les ont habitées se nourrissaient de coquilles d'eau douce, de poissons, de tortues, de castors, d'élans, de sangliers. Elles avaient la chèvre et le bœuf.

Avec une industrie de l'âge de pierre d'un facies local, on a aussi trouvé des *poteries peintes.*

Une vive discussion s'engage sur l'origine de ces poteries. Les développements qu'elle réclame obligent à la remettre à une séance ultérieure. Z.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 23 mars 1898. — PRÉSIDENCE DE M. BUISSON.

M. LEPAGE. — *Statistique de la Maternité.* — L'auteur passe en revue la méthode suivie pour dresser la statistique de la Maternité, et montre quelles sont toutes les causes d'erreurs qui peuvent troubler les statistiques.

M. AYÈRES. — *Sur la création de sanatoria pour phtisiques indigents.* — Pourvu que le tuberculeux ait du bon air, de la bonne nourriture et une bonne hygiène, il n'y a pas de nécessité de placer le sanatorium à une altitude élevée ou à la côte d'Azur ; il serait préférable de construire ces sanatoria pour indigents pas loin de Paris, de manière à ce que les frais de transport ne soient pas trop élevés. En somme, dans ces sanatoria, la journée de malade reviendrait à 3 fr. 15, tous frais compris.

M. MARTIN-DUR. — A côté de ces idées sur le traitement des tuberculeux par les sanatoria, il faut citer l'opinion d'un grand nombre de médecins de bureaux de bienfaisance, qui préfèrent laisser les tuberculeux malades à domicile.

M. RICHARD montre que dans les sanatoria on soigne le malade et en second lieu on lui apprend à se soigner, si bien qu'au bout de trois mois un tuberculeux à la première période peut quitter le sanatorium et essayer de se soigner chez lui.

M. MARTIN donne le nombre à Paris de tuberculeux indigents, près de 20.000 ; aussi la question, au point de vue économique, est très compliquée.

M. BECHMANN. — *Nouveaux aperçus sur l'épuration des eaux d'égout.* — Il s'agit des expériences faites depuis plusieurs années en Angleterre sur les eaux d'égout. Les procédés seraient pratiques, plus scientifiques ; il ne s'agit pas des procédés d'épuration par le sol qui donnent les meilleurs résultats. C'est seulement pour les cas où les terrains favorables font défaut, que l'on propose le moyen nouveau d'épuration ; jusqu'à présent on ne se servait que des procédés chimiques ; pour épurer ces eaux : aucun de ces procédés n'a donné qu'une épuration très incomplète, et une masse énorme de boues dont on ne savait plus que faire.

Les Anglais ont employé les bactéries pour épurer les eaux d'égout, comme le fait la nature. Ils font passer les eaux à épurer dans un filtre grossier, en y maintenant plus longtemps les eaux en contact avec les micro-organismes. Voilà plus d'un an que ces filtres sont employés à Londres ; l'eau a été épurée aux 4/5. C'est l'application du principe de la filtration intermittente.

M. VALLIN. — C'est une irrigation intermittente intensive ; on obtient ainsi la nitrification de la matière organique ; la matière azotée se transforme en nitrate de potasse.

MARTHA.

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Rédacteur spécial : Dr CH. MIRALLIÉ.

II. — Dyspepsies nerveuses et neurasthénie ; par le Dr Paul GLATZ.

II. — « De toutes les maladies de l'estomac, la dyspepsie nerveuse et neurasthénique est de beaucoup la plus fréquente, et l'on peut affirmer, sans exagération, que les deux tiers des dyspeptiques sont des nerveux ou des neurasthéniques. » Cette vérité n'a pas besoin d'être démontrée pour quiconque s'occupe des maladies de l'estomac et des affections nerveuses. Il est rare qu'un neurasthénique n'ait pas présenté, à une période quelconque de sa névrose, des troubles gastro-intestinaux ; il est non moins exceptionnel qu'un dyspeptique ne présente pas de troubles du côté du système nerveux. Les deux variétés de symptômes sont si intimement unies que nous oserions presque dire que l'un ne saurait exister sans l'autre, et que l'on ne peut guère guérir un dyspeptique sans soigner en même temps son état nerveux.

Dans sa monographie des plus intéressantes, l'auteur, se basant sur sa grande expérience, proclame hautement cette union intime des troubles dyspeptiques et de l'état nerveux. Pour lui la dyspepsie relève de l'état neurasthénique, qui est l'effet et non la cause de l'état gastro-intestinal. A son tour, la dyspepsie aggrave la neurasthénie. « Jamais nous n'avons vu un seul des nombreux médicaments de l'antisepsie intestinale agir de quelque manière que ce fût sur la neurasthénie ; et, dans tous les cas, nous n'avons jamais pu constater de leur fait une amélioration quelconque de l'état général, pas même dans les cas où il était possible d'admettre une complication catarrhale de l'intestin avec production exagérée de gaz. »

Les dyspepsies gastro-intestinales sont multiples. L'auteur en donne une description complète et minutieuse, et en étudie successivement la symptomatologie et le diagnostic. C'est ainsi qu'il étudie successivement l'atonie gastrique simple, atonie mécanique par parésie musculaire ; l'atonie neurasthénique, la névrose intestinale, l'entérite muco-membraneuse, le catarrhe gastrique, etc... Toutes ces dyspepsies se résument en trois grands groupes : névroses de la motilité, névroses de la sensibilité, et névroses de la sécrétion. Tous ces états peuvent aboutir à un état de ralentissement de la nutrition, et c'est alors qu'on voit apparaître la phosphaturie, l'hypoazoturie, la glycosurie intermittente.

L'examen méthodique d'un malade, atteint d'une affection de l'estomac ou de l'intestin, doit comporter : 1° L'anamnèse, l'étiologie possible de la maladie ; 2° La palpation et la pression qui nous renseignent sur le degré de sensibilité de l'estomac, sur la position et la dimension du viscère ; 3° la détermination de l'activité spécifique, chimique et mécanique de l'estomac, et pour cela le lavage de l'estomac après repas d'épreuve est indispensable.

Suivant le diagnostic porté, suivant l'état de la motricité, de la sensibilité et de la sécrétion de l'estomac, la thérapeutique variera essentiellement ; aussi le chapitre « Traitement » occupe-t-il une place importante de cette monographie. Vouloir appliquer à toute dyspepsie nerveuse le même traitement, c'est montrer une ignorance singulière de ces affections et s'en rapporter au hasard pour obtenir un résultat. Tel traitement qui convient à celui-ci nuira à celui-là. Tel réclamera le drap mouillé qui se trouvera mal des lotions chaudes.

Telle est, résumée rapidement, cette monographie. Ecrite par un auteur compétent, illustrée de nombreuses observations personnelles, elle mérite d'être lue attentivement et doit être entre les mains de tous les médecins qui s'occupent des troubles de l'estomac et des maladies nerveuses.

III. — Les affections nerveuses systématiques et la théorie des neurones ; par J. GEREST.

III. — Les dernières méthodes histologiques introduites dans l'étude du système nerveux ont singulièrement modifié nos conceptions sur la structure du neurone. De la théorie anatomique du neurone ont découlé des conséquences inattendues pour la pathologie nerveuse. En rapprochant l'une de l'autre des maladies où le même neurone était touché, on a fait une synthèse de plusieurs affections considérées jusqu'ici comme isolées et autonomes. A la nomenclature ancienne tend à se substituer une nomenclature nouvelle, où les neurones prennent la place d'honneur ; et les groupes morbides de la pathologie nerveuse tendent à se faire suivant le neurone touché. En d'autres termes, la tendance actuelle est de faire et d'étudier isolément la pathologie de chaque neurone.

C'est cette étude qu'a entreprise dans sa thèse inaugurale le Dr Gerest ; œuvre considérable, d'autant plus difficile que l'on est encore moins avancé, et dont l'auteur s'est tiré à son très grand honneur.

Après une étude générale du neurone et des voies motrices, l'auteur étudie les affections des neurones de cette voie motrice. Les affections des neurones moteurs centraux peuvent se ranger en deux groupes : 1° lésions destructives déterminant la dégénérescence secondaire du neurone central (syndrome hémiplégie cérébrale) ; 2° altérations protopathiques du neurone central (syndrome tabes dorsal spasmodique). Les lésions qui portent sur le neurone moteur périphérique sont : 1° toutes celles qui d'une manière exclusive, portent sur les cornes antérieures de la moelle (paralysie spinale aiguë de l'enfant et de l'adulte, paralysie spinale subaiguë, atrophie musculaire progressive Aran-Duchenne) ou sur les noyaux

bulbo-protubérantiels (paralysie glosso-labiée, ophtalmoplégies nucléaires, syndrome d'Erb) ; 2° toutes celles qui portent sur les fibres motrices des nerfs périphériques (névrites motrices périphériques). L'altération des neurones moteurs intercalaires donne le syndrome de la sclérose latérale amyotrophique ou maladie de Charcot.

L'auteur étudie ensuite les voies sensitives et sensorielles. Le tabes est la traduction clinique de l'altération systématique des prolongements cylindraxiles du protoneurone sensitif. Les affections des neurones sensitifs centraux comprennent l'ataxie héréditaire de Friedrich, et l'hérédo-ataxie cérébelleuse de Marie. Les neurones sensitifs intercalaires seraient altérés dans la paralysie générale et la pellagre.

Résultat d'un travail considérable, cette étude d'ensemble, intéressante et instructive, constitue la première conception d'ensemble de la nouvelle pathologie nerveuse.

IV. — Trismus hystérique persistant, durant plus de neuf mois ; par Bidlot et Framotte.

IV. — Une religieuse de 27 ans, après divers accidents hystériques (vomissements, aphonie), fut atteinte de trismus, permanent, complet, ne permettant l'alimentation que par une lacune des rangées dentaires. Ce trismus dura neuf mois, pendant lesquels on ne remarqua à aucun moment du relâchement de la contraction. Pendant ce temps apparurent des attaques convulsives et une paralysie progressive des quatre membres. Le 10 février 1897, jour anniversaire de la naissance de la malade et jour de la fête de la fondatrice de l'ordre auquel elle appartenait, le trismus disparaît, le mouvement revient dans les membres, la voix est revenue. La malade se relève, descend à la communauté, alors que quelques jours avant, croyant à un dénouement fatal, on l'avait fait administrer.

Si le trismus permanent est rare, il est inouï qu'il ait eu une durée aussi considérable. C'est là ce qui fait l'intérêt de cette observation.

BIBLIOGRAPHIE

Some points in the anatomy, pathology and surgery of intussusception (*Quelques considérations sur l'anatomie pathologique et la chirurgie de l'intussusception*); par D'Arcy Power. — London, 1898, Rebman Publishing Comp., in-8, 88 pages, 27 figures.

Cette question de l'intussusception a donné lieu à bien des discussions, surtout au point de vue de l'anatomie pathologique, et il était du devoir d'un praticien expérimenté d'apporter sa contribution pour la solution d'un problème si important : c'est ce qu'a fait, d'une façon supérieure, l'auteur du petit volume que nous présentons à nos lecteurs. Il a fait des coupes histologiques très soignées aux dépens de différentes portions du côlon invaginé, de l'iléon, du cæcum, coupes dont il représente l'aspect en plusieurs gravures ; il a étudié l'intussusception chronique, l'exfoliation intestinale, quelques formes rares d intussusception ; enfin, avant d'en arriver à la pathologie proprement dite de cette affection, il décrit l'anatomie de la région iléo-cæcale et la disposition du mésentère à ce niveau, puis la physiologie de cette portion du canal digestif avec les déductions qui en découlent, puis la pathologie ellemême avec les complications (gangrène, ulcérations, péritonite). Enfin le traitement dans ses différents modes : irrigation avec ses avantages et ses inconvénients, laparotomie avec ses indications et ses dangers, enfin le traitement des complications, qui permet à l'auteur d'envisager la question de l'entérotomie, de l'entérectomie, de la colotomie et de l'anastomose latérale. Ainsi conçu, ce livre tout personnel constitue une œuvre vraiment utile, et fait honneur à l'esprit scientifique de son auteur. Marcel Baudouin.

Manuel de Pharmacologie clinique; par E. Liotard, pharmacien 1 volume de 360 pages.— Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Ce livre, ainsi que le dit l'auteur dans la préface, est un exposé aussi simple et précis que possible des *propriétés des caractères* et du *mode de préparation* des principaux médicaments anciens et nouveaux. Pour chacun d'eux M. Liotard indique les *solubilités*, l'*action thérapeutique*, le *mode d'emploi*, les *doses*, les *incompatibilités* et les *antidotes* lorsqu'ils sont toxiques. Les médicaments ne sont pas classés suivant l'ordre alphabétique, mais groupés d'après leur action thérapeutique en 26 classes différentes, dont les principales sont les médicaments *névrotropiques, anesthésiques, antiseptiques, stimulants, vomitifs, purgatifs, astringents, diurétiques, fébrifuges.*

Dans cet ouvrage, M. Liotard introduit la notion du *coefficient thérapeutique* qu'il détermine de la manière suivante. Les doses médicamenteuses doivent logiquement être proportionnelles au poids du corps qui est en moyenne de 60 kilogrammes; en divisant donc par 60 la dose maxima d'un médicament, on obtiendra le coefficient thérapeutique de ce médicament pour 1 kilogramme corporel : en multipliant ce coefficient par le poids du malade, on connaîtra la dose qu'on doit lui administrer. Pour permettre au praticien de mettre en œuvre cette méthode, M. Liotard a dressé un tableau des doses maxima aussi complet que possible, avec le coefficient thérapeutique pour chaque médicament.

Ce livre s'adresse donc tout à la fois aux médecins, aux pharmaciens et aux étudiants et sera certainement bien accueilli par eux. P. Yvon.

Lésions éléphantiasiques des parties molles et du squelette. Maladie hypertrophiante singulière; par P. Vidal. — Lyon, Bourgeois, 1897.

Sous le nom de maladie hypertrophiante singulière, M. le Dr Vidal a décrit dans sa thèse des lésions hypertrophiques généralisées des parties molles et du squelette, chez un malade

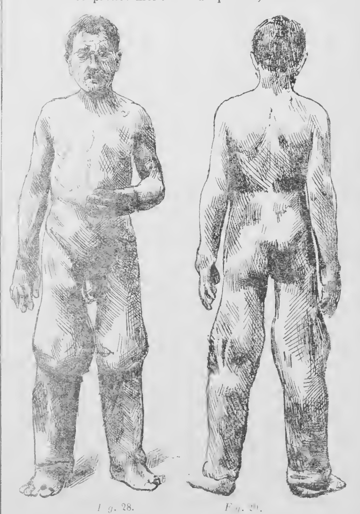


Fig. 28. Fig. 29.

observé, il y a quelques années, dans le service de M. le Pr Poncet, et dont l'observation fut publiée par M. le Dr Tournier, alors son interne, sous cette dénomination.

Dans ses recherches bibliographiques, l'auteur assure n'avoir pas trouvé de cas vraiment comparables à celui qu'il publie et qui a été le point de départ de notre travail.



Fig. 30.

Cette observation lui paraît cependant devoir prendre place à côté d'observations d'éléphantiasis, dont elle se distingue cependant par cette particularité que M. Vidal a tenu à mettre en évidence, à savoir : l'hyperostose considérable d'une grande partie du squelette.

Dans la description de l'éléphantiasis, on signale bien la possibilité de lésions squelettiques, mais elles sont ordinairement caractérisées par des exostoses, plutôt que par une hyperostose diffuse.

Ici, non seulement la peau, le tissu cellulaire, les lymphatiques, mais encore les os sont atteints d'éléphantiasis.

Cette maladie hypertrophiante singulière paraît à M. Vidal rentrer dans le cadre des manifestations éléphantiasiques. Il a noté, en effet, chez son malade, comme dans les états typiques d'éléphantiasis, des poussées avec accès fébriles. Les recherches de MM. Courmont et Tournier ont décelé, dans le cas présent, les microorganismes de la suppuration et le streptocoque en première ligne. M. Vidal pense donc avoir affaire à des lésions infectieuses; c'est du reste l'opinion courante pour les lésions éléphantiasiques occupant les parties molles.

Cette maladie hypertrophiante singulière se différencie de l'acromégalie par sa pathogénie et sa symptomatologie. Les signes présentés par le malade de la clinique de M. le Pr Poncet n'offrent aucune analogie essentielle avec ceux de la maladie de Marie. Les *Fig.* 28, 29 et 30 que nous devons à l'obligeance de l'auteur donneront une idée exacte de la *maladie hypertrophiante,* qu'il a décrite avec soin.

Guide pratique pour l'analyse des urines; par G. Mercier. Deuxième édition. — Un volume de 220 p. J.-B. Baillière et fils.

Cet ouvrage est divisé en cinq chapitres. Le premier traite des caractères généraux de l'urine : *volume, aspect, consistance, couleur, odeur, réaction* et *densité.* Dans le second chapitre, l'auteur passe successivement en revue les divers éléments normaux de l'urine, et s'occupe d'abord de la détermination de l'*extrait sec* et des *cendres* de l'urine, puis fait connaître les procédés de dosage des éléments les plus importants, tels que l'*urée,* l'*acide urique,* l'*acide phosphorique,* l'*acide sulfurique,* etc.

L'étude des éléments pathologiques, *sucre, albumine, pigments* et *acides biliaires* fait l'objet du chapitre suivant.

L'étude microscopique des sédiments urinaires est faite avec soin et la fin de l'ouvrage est consacrée à la recherche des principaux médicaments éliminés par l'urine.

Un certain nombre de figures dessinées avec soin et quatre planches en couleur permettent de suivre facilement les descriptions et rendent facile la lecture de l'ouvrage intéressant de M. Mercier. P. Yvon.

VARIA

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique, dans ses deux premières séances de la session ordinaire, a procédé à l'élection du bureau. Le bureau sortant, composé de M. Théophile Roussel, sénateur, président ; de MM. Sabran et Dr Thulié, vice-présidents, a été réélu par acclamation. M. Sabran a exprimé les regrets que cause au conseil l'absence de M. Théophile Roussel, empêché par le décès récent de Mme Roussel de prendre part aux travaux de cette session. Le Conseil a abordé la discussion de la première question portée à son ordre du jour, le projet de règlement intérieur des hôpitaux et des hospices. M. Drouineau, inspecteur général de l'Assistance publique, rapporteur de ce projet, en a exposé l'économie générale. La discussion s'est ensuite engagée sur les articles et a rempli la fin de la séance du matin, ainsi que la séance tout entière de l'après-midi. Les sénateurs Goujon, Labiche, Paul Strauss, Bérenger, MM. J. Reinach et Ayrard, députés, les Drs Henrot, Napias, Marcel Briand, Caubet, etc., ont successivement pris la parole au cours de cette discussion intéressante.

Dans la troisième séance, sous la présidence de M. Sabran, vice-président, M. Henri Monod, directeur de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur, a déposé sur le bureau du Conseil des rapports par lesquels le Ministre de l'Intérieur consulte le conseil sur les questions suivantes : « Existe-t-il des cas exceptionnels où les médecins et chirurgiens des hôpitaux peuvent être autorisés à recevoir des honoraires directs des hospitalisés? (Renvoyé aux 2e et 3e sections). Y a-t-il lieu de créer dans les asiles publics d'aliénés des quartiers spéciaux pour l'observation des améliorés, avec sorties progressives, de manière à obtenir une période de transition entre la séquestration et la liberté? (Renvoyé à la 4e section). Comment doit être organisé le patronage de l'Assistance publique sur les jeunes libérés, en exécution de l'article 19 de la loi du 12 août 1850? (Renvoyé à la 1re section). De l'organisation des secours publics en faveur des enfants légitimes à la charge de mères veuves, ou divorcées, ou abandonnées. (Renvoyé à la 1re section). »

Le conseil a continué ensuite la discussion du règlement modèle des hôpitaux et hospices. M. Drouineau, rapporteur, MM. Bérenger, Labiche, Napias, Sabatier, Marbeau, Hébrard de Villeneuve, Henrot, Brueyre, etc., sont intervenus dans la discussion.

Dans la quatrième séance, M. Paul Strauss a défendu les conclusions de son rapport sur l'institution des sourds-muets de Paris, qui ont été adoptées après une courte discussion à laquelle ont pris part le rapporteur, MM. Henri Monod, Labiche, Gaufrès. Le conseil a repris ensuite la discussion du rapport de M. Drouineau sur le régime intérieur des hôpitaux. MM. Regnard, Lefort, Sabatier, Napias, inspecteurs généraux, les Drs Henrot, Magnan, Martin, ont présenté diverses observations ou motions. La fin de la discussion a été renvoyée à l'après-midi. (Au cours de la séance, M. Sabran a fait part au conseil supérieur de la mort de Mme Théophile Roussel, survenue le matin même. Le conseil a chargé son bureau de faire parvenir à son président, M. le sénateur Théophile Roussel, l'expression de toutes ses sympathies et de ses douloureuses condoléances.)

A la sixième séance, l'ordre du jour appelait la discussion du rapport de l'inspecteur général Napias sur le recrutement du personnel secondaire des établissements hospitaliers. M. le Dr Napias a exposé les conclusions de son rapport, tendant à inviter les commissions administratives des hôpitaux à exiger une éducation professionnelle de leur personnel secondaire. M. Henry Michel, tout en s'associant aux conclusions du rapport, a demandé que l'instruction professionnelle des infirmiers et infirmières, les examens établissant la compétence et les programmes de ces examens fussent conçus dans un esprit très simple, très pratique, et en faisant aussi restreinte que possible la part de la théorie pure. Ces objections ont été appuyées par MM. Aynard, Brueyre, et les conclusions du

rapport ont été ensuite adoptées. Deux vœux importants ont été déposés sur le bureau du conseil, à la fin de la séance. Le premier, signé de MM. Paul Strauss, Aynard, Trélat, Marbeau, de Crisenoy, Goujon, Brueyre, Bompard, Maurice Lebon, Henry Michel, et plusieurs de leurs collègues, est ainsi conçu :

Le conseil supérieur, qui va compter aujourd'hui dix années d'existence, renouvelle son adhésion aux règles générales qu'il a formulées dès ses premières réunions, et qui ont depuis guidé tous ses travaux Ces règles sont les suivantes : « L'assistance publique est due à ceux qui se trouvent, temporairement ou définitivement, dans l'impossibilité physique de pourvoir aux nécessités de la vie. L'assistance publique n'est due qu'à défaut d'autre assistance. L'assistance publique est d'essence communale. C'est par la commune que doivent être désignés les bénéficiaires de l'assistance, parce que seule elle est en situation de les connaître. L'organisation de l'assistance doit toujours être telle que la commune soit financièrement intéressée à la limitation du nombre des indigents. Des recours doivent pouvoir être exercés contre sa décision, si cette limitation est abusive. L'assistance publique est une œuvre de solidarité nationale. Elle doit s'exercer, non seulement de la société à l'individu, mais de groupe à groupe, les communes riches venant au secours des communes pauvres, les départements riches venant au secours des départements pauvres. La proportionnalité, et non la fixité, doit en conséquence être la règle des subventions soit des départements, soit de l'Etat. » — Le conseil supérieur émet le vœu que ces principes, qui sont ceux adoptés à l'unanimité par le congrès international de 1889, continuent à inspirer la direction que donne le gouvernement à l'administration de l'Assistance publique, soit dans la preparation de lois nouvelles, soit dans l'application des lois existantes.

Le second vœu, déposé par M. Hébrard de Villeneuve et plusieurs de ses collègues, est rédigé dans les termes suivants :

Le conseil émet le vœu que les femmes soient appelées à faire partie des commissions chargées de l'administration des établissements publics de bienfaisance.

Après l'adoption de ces deux vœux, la séance a été levée et la session ordinaire de 1898 déclarée close.

Société royale de Médecine publique de Belgique : La Syphilis infantile.

Une des questions portées à l'ordre du jour de l'assemblée plénière annuelle de cette Société, sera la *syphilis infantile* Le président de la Société, M. le Dr Kuborn, prie instamment les médecins de bien vouloir répondre, avant le 1er juillet, au questionnaire ci-dessous mentionné afin de fournir au rapporteur des données aussi exactes que possible sur lesquelles il puisse s'appuyer pour rédiger son travail.

Questionnaire : *a)* Rencontrez-vous dans votre clientèle des enfants atteints de syphilis ; rarement, quelquefois, assez souvent, fréquemment? — *b)* En quelle année ont commencé vos observations? — c) Les cas que vous avez pu suivre ont-ils été superficiels ou poussés jusqu'à la cachexie? Veuillez signaler, si vous en avez souvenance. les lésions en général. — *d)* Quel âge avaient approximativement ces enfants? — e) Quelle a été l'issue de la maladie? — *f)* Avez-vous pu quelquefois remonter à la source (père, mère, nourrice, contagion, etc.)? — *g)* La syphilis est-elle rare ou fréquente dans la localité où vous observez? — *h)* Voyez-vous souvent des enfants, nés de femmes syphilitiques, ne présenter aucune lésion apparente, caractéristique, pendant les premières années de leur existence? — *i)* Si vous avez recueilli des observations particulières sur le placenta des femmes syphilitiques ou guéries de la syphilis, veuillez nous les communiquer?

Adresser les renseignements, rue Royale, 90, Bruxelles.

La Lèpre en Algérie.

Nous extrayons la statistique suivante d'une *Etude sur la lèpre en Algérie*, publiée par les Drs Gémy et Renaut, dans le *Bulletin médical de l'Algérie* du 10 mars :

Depuis 1884, le Pr Gémy a soigné dans son service de véritables lépreux venus d'Espagne, et actuellement nous possédons un nombre sérieux (environ une soixantaine) de cas de lèpre, pour la plupart contrôlés cliniquement et bactériologiquement. Leurs observations se répartissent ainsi :

Lèpre européenne.		
Espagnols	24	
Français	4	
Italiens	2	
Maltais	1	31
Lèpre indigène.		
Indigènes israélites	8	
Indigènes musulmans	19	27
Total		58

De ces malades, une quarantaine habitent Alger (110.000 habitants), les autres (Européens ou indigènes) vivent à Constantine, Bougie, Biskra, Oran, Tlemcen, Kabylie, Aurès, etc. — Le nombre des cas que nous connaissons est certainement au-dessous de la réalité.

Nous n'insistons pas sur les observations *françaises* et *italiennes*, dont le diagnostic peut rester un peu douteux, car ce sont les seules pour lesquelles la recherche bactériologique n'a pu être faite ; nous les retenons toutefois parce que nous ne pouvons les étiqueter autrement. Ce sont des observations d'attente.

En ce qui concerne le Maltais que nous avons soigné, nous dirons que, bien qu'il existe un foyer lépreux dans l'île de Malte, notre malade semble avoir contracté son affection au contact des Espagnols, dont nous parlerons plus loin. Parmi les Musulmans, les Kabyles seuls avaient été signalés comme présentant des lésions lépreuses; cependant, nous avons rencontré des Arabes d'Alger, de Constantine, de Biskra et des Sahariens avec des manifestations nettes de cette maladie.

Dans aucun cas de lèpre indigène, nous n'avons pu retrouver l'origine de l'affection, les renseignements que nous avons obtenus ne nous ont rien appris sur l'hérédité ou la contagion. La lèpre est connue des indigènes, qui l'appellent *Baras* (en arabe), et *Beurst* (en kabyle); « c'est une maladie, disent-ils, qui fait tomber les sourcils et les phalanges, et qui rend insensible quand on se brûle ».

Elle ne semble pas excessivement répandue (une vingtaine d'observations) et, en tout cas, malgré les causes de misère qui préparent merveilleusement le terrain, l'affection ne parait pas être très contagieuse chez l'indigène, quant à présent. Malgré nos recherches, les cas se présentent en nombre assez minime et répartis sur une vaste étendue de territoire; il semble qu'il n'y ait pas lieu de s'en préoccuper outre mesure, pour le moment.

Il n'en est pas de même de la *lèpre israélite* et de la *lèpre espagnole*. Nous connaissons huit cas de lèpre *juive* à Alger, ce qui donne une assez grande proportion, si l'on considère que la ville comprend une population de 8.000 israélites indigènes. En ce qui concerne le foyer israélite, il est impossible dès maintenant de formuler une opinion prophylactique, parce que les malades se dérobent à tout examen, et il est impossible de leur donner des conseils d'hygiène. C'est pourtant vers ce but qu'il faudra tendre pour enrayer l'évolution de cette maladie.

Tous les lépreux espagnols que nous connaissons à Alger, viennent des provinces d'Alicante et de Valence. Il existe en cette région un vaste foyer lépreux, qui a été signalé, en 1888 par le Dr Zuriaga (*Ann. de Dermatol.*). Notons que ces Espagnols ne sont pas d'origine juive, ainsi que le remarque Zambaco à Constantinople.

Hôpital Boucicaut.

A l'hôpital Boucicaut, installé, comme chacun sait, par l'administration de l'Assistance publique d'après les dernières données de la Science, on avait décidé conformément, à l'opinion des chirurgiens modernes, la séparation du service de chirurgie en deux parties distinctes. L'une était destinée à recevoir les malades suppurants, atteints de phlegmons ou d'affections éminemment septiques; l'autre devait être réservé aux blessés non infectés. Il y a, on le sait, un intérêt majeur, pour la prompte guérison des patients, à ce que cette séparation soit observée. — Or, l'*Echo de Paris* (20 mars), ayant affirmé que, depuis quelque temps, il n'en était plus ainsi et que tous les malades, infectés ou non, étaient mélangés, l'Assistance publique a fait démentir récemment (22 mars) cette information. D'après nos renseignements personnels, puisés à excellente source, *elle est pourtant parfaitement exacte.* — Comment expliquer tout cela ! M. B.

Les femmes membres des Commissions de bienfaisance.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique a émis un vœu dont la portée sociale peut devenir grande. Il a demandé que les femmes fussent appelées à faire partie des commissions qui admi-

nistrent les établissements publics de bienfaisance. Désormais, si les hommes sont intelligents, ils tâcheront de faire une place, — ou plusieurs, — aux femmes dans la surveillance et la direction des hospices, des hôpitaux. Ni les malades, ni les vieillards ne se plaindront de l'intervention de ces nouveaux administrateurs.

Il faut expliquer comment est née l'idée de ce vœu. Le Conseil supérieur venait d'entendre un de ses membres, le Dr Napias, résumer un lumineux rapport où il avait été conduit à mettre en relief le grand rôle que les femmes jouent en Angleterre et aux Etats-Unis, dans le progrès des services d'assistance. Il y a surtout, en Angleterre, une certaine miss Florence Nightingale, dont le nom mérite d'être retenu par tous ceux qui s'intéressent à ces questions. Miss Nightingale a organisé pendant la guerre de Crimée les services hospitaliers de Scutari. Elle a fait sortir de terre des sommes énormes qui lui ont permis de fonder des *écoles d'infirmières*. Peintres et sculpteurs reproduisent à l'envi ses traits, devenus populaires de l'autre côté du détroit.

Actes de la Faculte de Médecine de Paris.

LUNDI 28. — Dissection : MM. Terrier, Kirmisson, Poirier. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Rémy, Jalaguier, Sébileau. — 2e *de Doctorat*, oral 1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Gaucher, Retterer. — 3e *de Doctorat*, ora (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Reclus, Ricard, Bonnaire. — (2e *série*) : MM. Delens, Ribemont-Dessaignes, Walther. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Landouzy, Gilles de la Tourette. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Tillaux, Delbet, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Segond, Humbert, Broca. — 3e définitif (Officiat) : MM. Déjerine, Monod, Varnier.

MARDI 29. · Dissection : MM. Rémy, Quénu, Thiéry. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Chantemesse, Gley, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Berger, Maygrier, Nelaton. — (2e *partie*) : MM Grancher, Gilbert, Achard. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Pouchet, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM Polaillon, Campenon, Richelot. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Cornil, Debove, Marie. — (2e *série*) : MM. Jaccoud, Letulle, Widal. — (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Charrin, Marfan. — 3e définitif (Officiat) : MM. Budin, Ménétrier, Albarran.

MERCREDI 30. — Dissection : MM. Rémy, Retterer, Sébileau. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Monod, Humbert, Bonnaire. — (2e *série*) : MM. Jalaguier, Ribemont-Dessaignes, Poirier. — (3e *série*) : MM. Terrier, Ricard, Varnier. — 4e *de Doctorat* : MM. Ch. Richet, Pouchet, Déjerine. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Delens, Lejars, Delbet. — (2e *série*) : MM. Segond, Reclus, Tuffier

JEUDI 31. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Maygrier, Quénu. — Dissection : MM. Polaillon, Quénu, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Budin, Campenon, Nélaton. — (2e *partie*) : MM. Chantemesse, Letulle, Netter. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Gilbert, André.

VENDREDI 1er. — Dissection : MM. Monod, Delbet, Poirier. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Rémy, Broca, Sébileau. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Delens, Reclus, Retterer. — (2e *série*) : MM. Grancher, Ch. Richet, Tuffier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tillaux, Bonnaire, Walther. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Kirmisson, Segond, Lejars. — (2e *série*) : MM. Terrier, Humbert, Ricard. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Gaucher, Gilles de la Tourette. — (1re *partie*) Obstétrique : MM. Ribemont-Dessaignes, Jalaguier, Varnier.

SAMEDI 2. — Dissection : MM. Berger, Polaillon, Poirier. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Farabeuf, Campenon, Albarran. — (2e *série*) : MM Quenu, Gley, Thiéry. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Rémy, Weiss. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Ballet, Letulle. — (2e *série*) : MM. Chantemesse, Marie, Achard. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Debove, Gilbert, Marfan. — (2e *série*) : MM. Joffroy, Ménétrier, Roger. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Maygrier, Nélaton.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris

MERCREDI 30. — M Chevallier. Lithiase intestinale. — Mlle Reichenstein. Contribution à l'étude du traitement par les eaux minérales et le koumys en Russie. — M. Destounis. Arthrite blennorrhagique chez l'enfant. — M. Boirin. Sur un cas de syphilis secondaire aiguë. — M. Burcau. Prolapsus ombilical du diverticule de Meckel. — M. Evesque. Paralysies du plexus brachial consécutives aux luxations de l'épaule. — M. Clément Contribution à l'etude du doigt à ressort. — M. Pichot. Quelques considerations sur la peptonurie. — M. Pasquet. Les aliénés dissimulateurs. — M. Truelle. Etude critique sur les psychoses dites post-opératoires. — M. Ameline. Energie. Entropie. Pensée.

JEUDI 31. — M. Métais. De la recherche du sperme au point de vue médico-légal. Etude comparative des divers procédés. — M. Desmaroux. Etude critique des procédés d'épuration industrielle des eaux d'alimentation. — M. Jacobson. Tubercules et cavernes biliaires chez l'enfant. — M. Costin. Contribution à l'étude de l'hémostase opératoire dans le service du Dr Péan, précédée d'une étude résumée de l'hémostase en général. — M. Pissavy. Contribution à l'étude des néphrites consécutives à la tuberculose. — M. Castan. Les métrorrhagies des jeunes filles. — M. Page. Traitement chirurgical des pancréatites suppurées et gangréneuses. — M. Polle. Appendicectomie. — M. Nissim. De la myosite ossifiante progressive. — M. Zamfiresco. Albuminurie et indicanurie chez le nourrisson et le nouveau-né avec une étude sur l'urine normale. — M. Richard. Des pigmentations cutanées d'origine médicamenteuse. — M. Fruteau. Le régime alimentaire dans l'albuminurie chronique. — M. Chalchat. Des vomitifs dans le traitement des infections bronchiques. — M. Phocas. Appendicite et péritonites appendiculaires. M. Cohan. Recherches sur la situation du côlon transverse. — M. Krieger. Une grande querelle médicale (Histoire thérapeutique de l'antimoine). — M. Weber. Contribution à l'étude des kystes vulvaires (kystes Wolffiens). — M. Guénard. Etude de la perméabilité rénale chez les éclamptiques par le procédé du bleu de méthylène. — M. Bonnus. De la maladie de Friedreich à début tardif.

Enseignement médical libre.

Cours libres de la Faculté de Médecine de Paris. — M. le Dr BÉRILLON. Psychologie physiologique et pathologique. Applications cliniques de l'hypnotisme, mardi, samedi, à 5 heures (Amphithéâtre Cruveilhier), mardi 19 avril 1898. — M. le Dr BONNET. Radioscopie et radiographie médicales. Conférences le samedi, à 8 h. 1/2 du soir (Amphithéâtre Cruveilhier). Travaux pratiques, les mardis et jeudis, à 2 heures, salle no 1 (bâtiments du Musée Dupuytren), samedi 23 avril 1898. — M. le Dr DUNOGIER. Pathologie et thérapeutique dentaires, mercredi, à 5 heures (Amphithéâtre Cruveilhier), mercredi 28 avril 1898. — M. le Dr FOVEAU DE COURMELLES. Radiographie et radioscopie. Radiothérapie, lundi, à 5 heures (Amphithéatre Cruveilhier), lundi 25 avril 1898. — M. le Dr GAUBE. Le rapport de l'azote avec la matière minérale. Nutrition minérale, mardi, samedi à 4 heures (Amphithéâtre Cruveilhier), mardi 15 mars 1898. — M. le Dr Georges PETIT. Stomatologie : clinique et thérapeutique, jeudi, à 5 heures (Amphithéâtre Cruveilhier), jeudi 21 avril 1898.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 6 mars au samedi 12 mars 1898, les naissances ont été au nombre de 1.251, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 450, illégitimes, 179. Total, 629. — *Sexe féminin* : légitimes, 454, illégitimes, 168. Total, 622.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 6 mars au samedi 12 mars 1898, les décès ont été au nombre de 1.036, savoir : 560 hommes et 476 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 4. T. 6. — Typhus : M. 0, F 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M 12, F. 10, T. 22. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 2, F. 1, T. 3. — Diphtérie, Croup : M. 4, F. 2, T. 6. — Grippe : M. 4, F. 5, T. 9. — Phtisie pulmonaire : M. 140, F. 76, T. 216. — Méningite tuberculeuse : M 20, F. 19, T. 39. — Autres tuberculoses : M. 28. F. 10, T. 38. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 1, T. 2. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 33, T. 47. — Méningite simple : M. 24, F. 10, T. 34. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 24, F. 28, T. 52. — Paralysie, M. 4, F. 1, T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 3, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 29, T. 58 — Bronchite aiguë : M. 11, F. 5, T. 16. — Bronchite chronique : M. 18, F. 22, T. 40. — Broncho-pneumonie : M. 31, F. 26, T. 57. — Pneumonie : M. 16, F 21, T. 37. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 21, F. 27, T. 48. — Gastro entérite, biberon : M. 7, F. 10, T. 17. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F 5, T. 10. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F 1, T. 3. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 13, F. 24. — T. 37. Sénilité : M. 14, F. 22, T. 36. — Suicides : M. 5, F. 6, T. 11. — Autres morts violentes : M. 8, F. 5, T. 13. — Autres causes de mort : M. 90, F. 65, T. 155. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 1, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 77, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 29, illégitimes, 16,

Total : 45. — *Sexe féminin* : légitimes, 20, illégitimes, 12. Total : 32.

Faculté de Médecine de Paris. — *Concours pour l'Adjuvat.* — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le mardi 10 mai 1898, à midi et demi, à la Faculté de Médecine de Paris. Tous les élèves-docteurs de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce Concours. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 30 avril inclusivement. Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1898 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1901.

Concours pour le Prosectorat. — Un concours pour deux places de Prosecteur s'ouvrira le mardi 24 mai 1898, à midi et demi, à la Faculté de Médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 14 mai inclusivement. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1898 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1902.

Ecole de Médecine de Besançon. — Un concours s'ouvrira le 7 novembre 1898 devant la Faculté de Médecine de Nancy pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. — Un concours s'ouvrira le 7 novembre 1898 devant l'Ecole supérieure de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de Médecine de Marseille. — M. le Dr Pujol est nommé chef de clinique d'accouchement.

Ecole du Val-de-Grace. — *Concours pour deux emplois de professeur agrégé à l'école d'application du service de santé militaire.* — Deux concours s'ouvriront le 3 octobre 1898 à l'école d'application du service de santé militaire, le premier pour l'emploi de professeur agrégé (maladies et épidémies) des armées, le second pour l'emploi de professeur agrégé (diagnostic chirurgical spécial). En exécution de l'article 9 du décret du 22 novembre 1887, les médecins-majors de 1re et de 2e classe sont seuls admis à prendre part aux dits concours. Les épreuves sont déterminées par la note ministérielle du 28 février 1890 (*Bulletin officiel* du Ministère de la Guerre, P. R., page 333) et celle du 15 avril 1891 (*Bulletin officiel*, P. R., 1891, page 525) ; elles seront subies dans les conditions prévues par la décision ministérielle du 6 avril 1878 (*Bulletin officiel*, P. S., 1878, page 280). Les médecins-majors qui désireraient prendre part à ces concours adresseront au Ministère de la Guerre (7e direction, bureau des hôpitaux) avant le 1er septembre, terme de rigueur, une demande régulière qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs divers chefs et transmise par la voie hiérarchique.

Service de Santé militaire. — Après entente entre le ministre de la marine et le Ministre des Colonies, MM. les Drs Mias, médecin auxiliaire de 2e classe de la marine, et Joly médecin stagiaire des colonies, d'une part, et MM. les Drs Lamarque, médecin auxiliaire de 2e classe de la marine, et Maille, médecin stagiaire des colonies, d'autre part, ont été autorisés à permuter de corps et de service. Par suite MM. les Drs Mias et Lamarque passent dans le corps de santé colonial en qualité de médecins stagiaires et MM. les Drs Joly et Maille passent dans le corps de santé de la marine, en qualité de médecins auxilliaires de 2e classe. — Par décision ministérielle du 18 mars 1898, MM. les médecins aides-majors de première classe Gault, du 60e régiment d'infanterie, et Ramally, des hôpitaux militaires de la division d'Oran, sont autorisés à permuter entre eux. — Promotions au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Pierrot, Laurens, Cressard, Poignon, Bar et Catteau. — Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Quivogne, Audet, Yvert, Schneider, Duchêne, Julié et Mussat. — Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Gaillard, Hürstel, Bonnet, Collignon, Legagneur, Follenfant, Langue, Brousse, Simon, Vedel, Mathelin, Labit, Baills et Laronique. — Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. [illegible], Thomas, Ferrand, Vuillaume, Brico, Douy, Alix, Duren, Sendral, Vigneron, Martin, Thooris, Franquet, Mauroux, Dodieau, Manceaux et Cousin.

Médecins candidats députés. — Dans le département de la Seine, M. Lerolle, conseiller municipal, soutenu par les comités conservateurs et libéraux, sera de nouveau candidat contre le Dr Fré[illegible], dans le VIIe arrondissement de Paris, lors des prochaines élections législatives. — Dans le XVIe arrondissement, en raison des résultats du dernier recensement, il y aura, dans la prochaine Chambre, deux députés. M. le Dr Marmottan, qui représente actuellement l'arrondissement, est dans un état de santé qui l'oblige à ne pas solliciter le renouvellement de son mandat. — Dans les Basses-Pyrénées, les conseillers généraux, les conseillers d'arondissement, maires et présidents des comités républicains de l'arrondissement d'Orthez ont été convoqués pour le choix d'un candidat. 118 d'entre eux sur 145 avaient répondu à l'appel du comité d'initiative. La réunion, présidée par M. Catalogne, maire et conseiller général d'Arzacq, a acclamé à l'unanimité la candidature du Dr Clédou, député sortant, qui a prêté tout son concours à la politique du ministère. — Dans l'Aude, on annonce que M. Bartissol, républicain, ancien député de l'arrondissement de Céret (Pyrénées-Orientales), se présentera dans la première circonscription de Narbonne, où le Dr Ferroul, ancien député, est déjà candidat socialiste pour remplacer M. Touzaud, républicain, qui ne se représente pas.

Visite du Président de la République a l'École de médecine et a l'Hôpital du Val-de-Grace. — Le Président de la République, accompagné du général Billot, ministre de la guerre, et du général Hagron, de M. Le Gall et des commandants Lamy et Meaux Saint-Marc, s'est rendu la semaine dernière au Val-de-Grâce, dont il a visité l'*hôpital* et l'*école*. — M Félix Faure a quitté l'Elysée à neuf heures et demie, en landau découvert. Le général Zurlinden, gouverneur militaire de Paris, entouré des médecins-inspecteurs Dieu et Mathieu, du médecin en chef Madamet, de l'officier principal Sauvant et de l'aumônier Sibossier, l'a reçu dans la cour de l'école. Après que M. Mathieu, médecin-inspecteur et directeur de l'école, lui eut présenté les officiers du Val-de-Grâce, le président de la République a commencé la visite de l'hôpital. Il a traversé successivement deux salles contenant des blessés, une salle de fiévreux, une salle de contagieux. Plusieurs fois il s'est arrêté devant les lits des blessés, adressant à ceux-ci quelques paroles d'encouragement. Aux cuisines, le président a goûté la soupe du matin ; à la buanderie, il s'est fait expliquer le fonctionnement des appareil mécaniques ; dans l'école, il a adressé ses félicitations aux officiers, professeurs ou élèves. Avant de quitter le Val-de-Grâce, M. Félix Faure a visité un coin curieux du vieil établissement, une salle qu'on prétend historique et qu'on appelle la chambre d'Anne d'Autriche. C'est là, dit la légende, que l'épouse de Louis XIII recevait mystérieusement le célèbre Buckingham. Un grand portrait de la reine orne cette chambre, où les visiteurs ne pénètrent que rarement.

Société médico-psychologique. — Séance ordinaire, le lundi 28 mars, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, 3. — *Ordre du jour* : 1° Rapport de candidature ; M. Boissier ; 2° rapport sur l'ouvrage de MM. Mairet et Vires : M. Charpentier ; 3° anatomie pathologique et étiologie de la paralysie générale : MM. Brunet, Christian, Sollier, Aug. Voisin.

Hôpitaux de France. — *Subventions.* — La Chambre des Députés a adopté à six voix de majorité un amendement à la loi de finances ainsi conçu : « Chaque année, une somme de 100.000 francs sera prélevée sur les fonds du Pari mutuel pour être répartie par le Ministre de l'Intérieur en subventions aux hôpitaux et hospices publics les plus pauvres ».

Hôpitaux de Paris. — *Hôpital des Enfants-Malades.* — L'administration de l'Assistance publique propose la création d'une salle d'opérations pour le service de M. le Dr Brun, à l'Hôpital des Enfants-Malades.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé vendredi soir par la nomination de M. le Dr Mollard.

Internat des hôpitaux. — Le titre d'interne en médecine à l'hôpital de Grenoble permet de se présenter au concours pour l'internat en médecine des hôpitaux de Lyon, sans passer par l'externat.

La peste a Bombay. — A Bombay, le 14 mars 1898, la ville continue d'être assez tranquille. Les précautions militaires n'ont cependant pas cessé. Les personnes chargées de rechercher les cas de peste sont maintenant escortées de troupes. De nombreux manifestants ont été arrêtés.

Epidémies. — *L'épidémie de fièvre typhoïde.* — L'épidémie qui a régné sur le 118e et que l'on croyait terminée, vient de faire une nouvelle victime. Le sergent L..., natif du Pas-de-Calais, vient de succomber à l'hôpital militaire, après avoir été en voie de convalescence. Le malheureux jeune homme a été atteint de fièvre typhoïde.

Epidémie d'influenza. — A Machecoul (Vendée), le 18 mars, vient d'enterrer une troisième religieuse à la communauté du Calvaire. Une autre vient de mourir et une est en danger de mort. Chaque jour amène de nouveaux cas. — Déjà, il y a six ans, l'épidémie d'influenza avait causé la mort de deux religieuses [illegible] et d'une sœur tourière.

Asile national de Vincennes. — *Avis.* — Il sera ouvert, le jeudi 31 mars, à 9 h. 1/2, au Ministère de l'Intérieur, un concours pour l'internat de l'asile national de Vincennes. On trouvera chez le concierge de la Faculté de Médecine et au secrétariat de l'asile national de Vincennes, des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

Assistance instantanée sur les Chemins de Fer. — MM. Rolland, le Dr Cornil, Bourgeat, le Dr Pozzi et le Dr Léon Labbé présenteront, au cours de la discussion du budget de 1898, une demande de crédit de 6.000 francs en vue de permettre à M. le Ministre des Travaux publics d'assurer le service de l'inspection des boîtes et appareils de secours dans les gares de chemins de fer et les trains de voyageurs.

Assistance instantanée a Paris. — *Les postes de secours de la Mi-Carême.* — Le préfet de police avait fait installer, à l'occasion de la Mi-Carême, dix-huit postes de secours sur les points suivants : à partir de onze heures : dans le bureau d'omnibus du Cours-la-Reine et au poste de police du palais de l'Industrie. A partir de midi : dans le bureau d'omnibus de la place de la Madeleine, au poste de l'Opéra, au coin de l'avenue de l'Opéra et de la rue du Quatre-Septembre, à la mairie de la rue Drouot, au poste du boulevard Bonne-Nouvelle, au bureau d'omnibus de la Porte-Saint-Denis, aux bureaux d'omnibus du boulevard Sébastopol, 114, de la porte Saint-Martin, aux deux bureaux d'omnibus de la place de la République, au bureau d'omnibus du Cirque d'hiver, aux deux bureaux d'omnibus de la place de la Bastille, au bureau d'omnibus du coin de la rue de Rivoli et de la rue Bourg-Tibourg, à l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, enfin, à la caserne de la Cité, quai du Marché-Neuf.

L'Etudiant en médecine a travers les ages. — Dans le défilé de la Mi-Carême, le *char des étudiants* était un des clous de cette cavalcade. C'était la fameuse « *reconstitution historique de l'étudiant à travers les âges* ». Ces étudiants aux costumes divers, précédant et entourant ledit char, représentaient des étudiants romains, étudiants de l'époque de Charlemagne (riches, pauvres), de l'époque de Louis XIII ; de la première République; de 1830 ; de 1898.—Le char était la reproduction exacte de la vieille salle de la *Faculté de Médecine* de la rue de la Bûcherie. M. Bérard, l'auteur du char, avait copié la salle. Abélard, du haut d'une tribune élevée, faisait un cours à des étudiants assis sur des bottes de paille (sans allusion à certaine maison du quartier latin!).

Les Œuvres de Bienfaisance a la Chambre des Députés. — Lors de la discussion du budget à la Chambre des Députés, M. Gustave Rivet a demandé qu'une somme de 100.000 francs soit prélevée sur les fonds du pari mutuel pour être attribuée chaque année à des œuvres de bienfaisance et de secours dont les ressources seraient insuffisantes, telles que l'hospice de Vizille. M. Méline, président du Conseil, a *combattu l'amendement.* La loi sur le pari mutuel institue un prélèvement de 2 0/0 à répartir entre diverses communes de France pour la création d'œuvres locales de bienfaisance. Les fonds du pari mutuel ne sauraient servir à soutenir les œuvres comme l'hospice de Vizille qui peuvent se suffire à elles-mêmes; car ce n'est pas 100.000 francs qui seraient nécessaires, mais bien des millions. M. Gustave Rivet s'est étonné que l'on réserve les fonds du pari mutuel aux communes assez riches pour assurer l'existence de leurs œuvres de bienfaisance. Il ne demandait pas des millions ! Il réclamait seulement un secours pour venir en aide aux établissements de bienfaisance qui sont pauvres. (Très bien ! sur divers bancs.) M. Paul Bourgeois (de la Vendée) a insisté dans le même sens. Il voudrait aussi que les fonds du pari mutuel servissent à développer l'assistance médicale gratuite. Le scrutin a donné lieu à un pointage. L'amendement Rivet a été adopté, *malgré le président du Conseil*, par 247 voix contre 241.

Le Budget de Paris et les Œuvres philanthropiques. — Au Conseil municipal de Paris, M. Bompard, au nom de la 5e commission, a proposé la répartition entre les œuvres philanthropiques d'une somme de 48.200 francs. M. Lerolle ayant demandé qu'une subvention soit allouée aux frères Saint-Jean-de-Dieu, cette proposition a été repoussée au scrutin par 46 voix contre 15.

Nécrologie. — Un célèbre médecin anglais, M. le Dr sir Richard Quain, baronet, vient de mourir à l'âge de 82 ans dans sa résidence londonienne de Harley street. Il était membre d'un grand nombre de sociétés savantes, agrégé du Collège royal des chirurgiens, président du Conseil médical général, etc., et il portait le titre de médecin extraordinaire de la Reine. Sir Richard Quain avait dirigé la publication du *Dictionnaire de Médecine* paru pour la première fois en 1882 et réédité tout récemment. Il était personnellement l'auteur de travaux importants, notamment sur les maladies des parois musculaires du cœur (1872) et sur la dégénérescence graisseuse de cet organe dans les *Transactions* ; il s'était occupé aussi de la peste bovine (1865); enfin il avait préparé et revisé les deux dernières éditions de la *British Pharmacopœia.* — M. George Muller, philanthrope, fondateur de l'orphelinat de Bristol et organisateur d'une série d'œuvres de bienfaisance, qui ont fait connaître son nom dans le monde entier. M. Muller se refusa toujours le droit d'adresser des appels à aucun particulier; il ne demanda rien; tout lui fut donné; et ses œuvres, dont l'entretien engloutit plus de trente-sept millions et demi de francs en cinquante ans et qui abritèrent plus de deux cent mille orphelins, subsistèrent uniquement par l'effet des dons volontaires que provoquait la publication des rapports annuels où il en était rendu compte. Or, M. George Muller était d'origine allemande et non anglo-saxonne. Ce fait paraîtra caractéristique. — M. le Dr Lemarchand, l'un des doyens, sinon le doyen du corps médical de la Seine-Inférieure, habitant du Tréport, vient de mourir à l'âge de 93 ans. Depuis déjà de longues années, notre confrère dirigeait un établissement d'hydrothérapie, fort renommé, où il appliquait la méthode des hautes pressions, méthode qu'il revendiquait comme sienne et pour laquelle il avait rompu de nombreuses lances avec ses collègues de la Société d'hydrologie médicale de Paris, dont il était membre correspondant. (*Norm. méd.*). — M. le Dr Dexant (d'Ambarès). — M. le Dr Armand Paulier (de Paris), bien connu par plusieurs publications intéressantes. — M. le Dr X. Trastour (de Nantes).

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Pitié. — *Conférences cliniques sur les maladies nerveuses.* — M. le Dr Babinski, le samedi, à 10 h. 1/4 du matin.

Maladies de la Nutrition. — M. le Dr Albert Robin, professeur agrégé, médecin des hopitaux de Paris, lundi 9 h. 1/2. — *Objet du cours* : Retentissement des maladies de l'estomac sur l'appareil urinaire et le système nerveux : 1° albuminurie, phosphaturie, diabète dyspeptique ou glycosurie dyspeptique ; 2° vertige, migraine, neurasthénies dyspeptiques. — Enfin le cours sera terminé par deux leçons dans lesquelles M. Robin traitera : 1° des procédés à l'aide desquels on peut déterminer le mode d'action d'un médicament ; 2° des indications sur lesquelles on doit se baser pour fixer le traitement d'un malade.

Hôpital Broca, 111, rue Broca. — *Leçons cliniques de Gynécologie.* — M. le Dr S. Pozzi, vendredi à 10 heures du matin. — Le mercredi, de 9 à 10 heures, démonstrations d'*Histologie pathologique* (Gynécologie), par le Dr Latteux, chef du laboratoire de l'hôpital Broca. Lundi et mercredi, à 10 h., opérations.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Hôpital Trousseau. — M. Kirmisson. Leçons cliniques les mardis et samedis, à 10 heures.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies nerveuses.* — M. le Pr Raymond : Mardi, présentation, examen des malades ; — Vendredi, leçon clinique de 10 à 11 heures. —M. le Dr Déjerine : leçons cliniques sur les maladies nerveuses, le jeudi, à 5 heures. Le mercredi matin, à 9 h. 1/4. examen des malades de la consultation externe. Le cours a lieu dans la salle de la consultation externe.

Hopital Saint-Louis. — M. le Dr Bazy, consultations pour les maladies des voies urinaires (reins, vessie, etc.), les mardis, jeudis et samedis à 9 h. 1/2. — M. Hallopeau. *Maladies cutanées et syphilitiques*, salle des conférences, le dimanche, à 9 h. 1/2.

Hôpital Saint-Antoine. — M. le Dr Paul Tissier, chef de clinique de M. le Pr Hayem, le *jeudi* à dix heures, conférences sur la technique des principaux moyens de *diagnostic des affections de l'estomac.*

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. Goupy, G. Maurin, Succ., rue de Rennes, 71.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

L'Asepsie dans le service de Gynécologie de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu (*suite*) (1);

par le Dr **CLADO**.

Désinfection partielle. — Au cours d'une opération, chaque fois qu'on vient à ouvrir la cavité d'un organe creux ou une poche quelconque, il faut immédiate-procéder à sa désinfection, et rendre sa surface interne aseptique. Aussi, faut-il avoir toujours à sa disposition :



Fig. 31. — Champ abdominal préparé avec de larges compresses, dont chacune est munie d'une longue pince. L'utérus attiré au dehors avec des crochets, ainsi que les ovaires, se trouvent entièrement séparés de la grande cavité péritonéale. — Malade en inversion.

1° une solution phéniquée forte — au 1/25 — dans laquelle baigne une compresse stérilisée ; 2° un thermo-cautère constamment maintenu au rouge sombre. Suivant le cas, on se contentera de toucher la surface suspecte avec l'acide phénique fort, ou bien on devra la cautériser largement. Nous avons l'habitude de cautériser d'abord et de toucher ensuite avec l'eau phéniquée, aussi bien la partie brûlée que les parties périphériques, s'il y a lieu. C'est ainsi qu'on traitera, par exemple, le moignon laissé par l'ablation de la trompe, de l'utérus, de l'appendice cæcal, les petites cavités kystiques à contenu louche, etc. S'il s'agit d'une cavité purulente à surface étendue, le thermo-cautère ne peut plus convenir, car l'escarre produite serait trop grande et nuirait à la réparation : on touchera donc soigneusement les parois avec la solution forte, puis on asséchera avec une compresse aseptique. Pour ces cas d'ailleurs, la cavité péritonéale ne doit pas être refermée. Un mode spécial de pansement, dit à la Mickulicz ou quelque chose d'approchant, est alors indiqué. J'en parlerai plus loin.

Désinfection étendue de la cavité péritonéale. — Dans certains cas, le petit bassin se trouve souillé au cours de l'opération, par des matières provenant d'une collection purulente ou simplement d'apparence suspecte. Dans d'autres cas, la plus grande partie de la cavité péritonéale peut avoir subi le même sort. Enfin quelquefois, on se trouve en présence d'une péritonite commençante ou franchement déclarée. Il importe d'envisager la désinfection à pratiquer dans ces trois conditions.

Dans le cas d'infection présumée du petit bassin, nous avons l'habitude de faire la toilette de la région avec des compresses imbibées d'eau phéniquée au 1/25, et fortement exprimées avant leur emploi. Nous terminons en essuyant et en asséchant le petit bassin avec des compresses aseptiques. Mais ce mode de désinfection, précisément en raison des conditions dans lesquelles on l'emploie, comporte une contre-indication formelle à la fermeture complète de l'abdomen. C'est alors qu'on doit avoir recours au drainage, qui rentre ainsi dans la classe des moyens employés pour obtenir l'antisepsie, et, de ce fait, doit être étudié ici.

La désinfection de la cavité péritonéale, pratiquée dans les deux autres conditions que j'ai considérées plus haut, diffère notablement de celle que je viens d'exposer, et j'ajoute que son efficacité reste douteuse dans la très grande majorité des cas.

Autrefois, on terminait toujours la laparotomie par la toilette péritonéale, faite avec des éponges ou des tampons aseptiques. Aujourd'hui, on se contente d'essuyer, s'il y a lieu, les parties envahies par le sang, et l'on ne se préoccupe généralement plus de la toilette du péritoine.

Les conditions dans lesquelles il est indiqué de procéder à un lavage du péritoine, ou tout au moins à une toilette rigoureuse avec la gaze stérilisée, se présentent en pratique, dans trois circonstances :

1° Dans la rupture d'une collection volumineuse, qu'elle soit formée ou non de pus ou d'un liquide suspect ;

2° Dans les vastes péritonites enkystées ;

3° Dans la péritonite généralisée, laquelle est toujours septique.

Ces trois circonstances peuvent se présenter en gynécologie, et, dans chacune d'elles, on se comportera de la même façon vis-à-vis de toute collection septique ; seule une collection d'une évidente innocuité au point de vue septique sera différemment traitée.

Dans ce dernier cas, on pourra se dispenser du lavage de la grande cavité péritonéale, et se contenter d'essuyer le liquide répandu avec des compresses. On peut encore établir dans la cavité un courant balayeur, et finir par l'asséchement avec les compresses de gaze. Les résul-

(1) Voir *Progrès médical*, n° 6, 1898.

tats obtenus — le cas de greffe épithéliale à part — sont toujours bons; ils sont le fait, non du lavage, mais de la qualité aseptique du liquide répandu.

En cas de collection purulente ou suspecte, la désinfection s'impose; seule la manière de la pratiquer reste encore livrée à l'arbitraire. Les liquides dont on peut se servir ne doivent pas être toxiques, et de ce fait ils sont aussi très peu microbicides. Ce sont: l'eau salée, l'eau boriquée, l'eau naphtolée, enfin l'eau stérilisée.

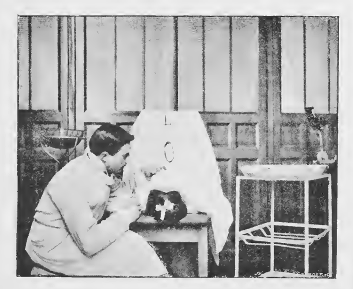


Fig. 32. — L. Malade en inversion, garnie de la grande compresse abdominale qui laisse une petite partie de la paroi abdominale à nu, sur la ligne médiane où doit porter l'incision. — P. Plateau pour les instruments.

D'ailleurs, toutes ces solutions doivent être stérilisées au moment même par une ébullition suffisamment prolongée, et être employées chaudes. L'acide phénique, le sublimé et d'autres substances fortement antiseptiques doivent être entièrement proscrites à cause de leur toxicité.

Des expériences très intéressantes de Trélat et Delbet, il résulte que le lavage du péritoine avec une solution non toxique, l'eau salée par exemple, arrive à épuiser la puissance d'absorption de la séreuse, si bien qu'on peut, après l'action de la lotion inoffensive, employer sans danger une solution toxique. Celle-ci produira ses effets antiseptiques sur la surface infectée, sans risquer d'être absorbée par la séreuse. Mais ces expériences sur les animaux n'ont pas encore reçu la sanction de la clinique humaine.

Dans la Clinique gynécologique de l'Hôtel-Dieu, nous nous servons de l'eau stérilisée, ou bien du sérum artificiel, tenu toujours prêt, dans des ballons scellés qu'il suffit de chauffer au moment de les employer.

On a imaginé différents appareils plus ou moins compliqués pour faire le lavage du péritoine. Un bock à injections, ou bien un entonnoir en verre, muni d'un tube de caoutchouc, le tout bien stérilisé, sont des appareils à la portée de tout le monde, et ce sont les seuls dont nous nous servons à l'Hôtel-Dieu.

Comment faut-il pratiquer ce lavage, autrement dit quel en est le manuel opératoire ? La réponse est difficile, car rien n'est bien réglé à cet égard. Quand on lit tout ce qui a été publié sur ce point, on voit que c'est l'inspiration du moment qui a décidé les chirurgiens à procéder de telle ou telle façon, plutôt qu'une méthode basée sur des principes arrêtés. Il se dégage toutefois, de l'étude des cas heureux comme des cas malheureux d'intervention, cette notion que le lavage doit être fait d'une manière pour ainsi dire discrète. Il faut essayer de laver les régions de la cavité péritonéale qui se prêtent en quelque sorte d'elles-mêmes, sans chercher à rompre les adhérences, à déplacer les anses intestinales ou l'épiploon, et notamment sans provoquer des déchirures. On évite ainsi de détruire les moyens de défense édifiés par l'organisme contre la résorption des toxines microbiennes, et de créer de nouvelles portes d'entrée favorisant l'introduction des microbes ou de leurs produits dans la circulation. C'est aussi sur ces données que nous nous basons, à l'Hôtel-Dieu, pour réaliser dans la mesure du possible, l'antisepsie péritonéale, ou pour mieux dire, un *semblant d'antisepsie péritonéale*.

Sous une pression modérée, et en dirigeant la canule sur différents points de la cavité péritonéale, nous faisons couler une abondante quantité d'eau qui charrie le pus ou les fausses membranes détachées sans effort, respectant tout ce qui adhère plus ou moins intimement, et évitant surtout de produire des déchirures. On arrive de la sorte, avec un peu de patience, à débarrasser successivement de leurs produits septiques les diverses loges créées aux dépens de la grande cavité péritonéale par le processus inflammatoire.

Le lavage terminé, nous procédons à l'asséchement — toujours avec les mêmes précautions — des points qui se prêtent à cette manœuvre. Nous terminons, enfin, par un drainage du péritoine, établi sur la partie la plus déclive de l'incision, ou bien en établissant le drainage vaginal suivant le précepte formulé par M. Reynier. On ne saurait trop proclamer les services que ce chirurgien a rendus, en faisant ressortir les avantages du drainage vaginal.

Nous recommandons d'être très sobre dans toutes ces manœuvres, et de procéder avec rapidité.

Le drainage peut se faire avec de gros tubes de caoutchouc, ou bien avec des mèches de gaze stérilisée, etc.

Par cette manière de procéder, nous avons réalisé un succès chez une jeune femme atteinte de péritonite généralisée à son début.

Dans les grandes péritonites enkystées, qui ressemblent au premier abord à la péritonite généralisée, l'antisepsie conduite suivant les indications précédentes doit réussir encore mieux que dans les péritonites généralisées. Il en sera ainsi, notamment, dans la forme à pneumocoques et dans d'autres formes analogues de péritonite, dont le remarquable travail de Brun et les communications de Quénu, Jalaguier, Routier, Michaux, etc., fournissent des exemples.

Drainage péritonéal. — Je n'ai pas l'intention d'étudier ici le pansement qui convient à chaque opération en gynécologie ; ce serait sortir du cadre que je me suis imposé. Mais je dois envisager le drainage péritonéal dans ses rapports avec l'asepsie du champ opératoire. Je consacrerai donc quelques lignes au drainage par la paroi abdominale et au drainage par le vagin.

Drainage à la Mikulicz. — Par ce drainage, on se propose d'isoler la cavité péritonéale et son contenu de la région infectée au cours de l'opération. Le drainage classique consiste : 1° à préparer un sac de gaze, au fond duquel on attache un fil de soie solide ; 2° à étaler ce sac sur toute la région infectée, tout en laissant son rebord ressortir largement à travers l'ouverture de la paroi abdominale ; 3° à la bourrer enfin de lanières de gaze iodoformée, ou simplement aseptique, si l'on craint l'absorption de l'iodoforme. Chacune des lanières servant au bourrage doit avoir une extrémité libre hors de la cavité abdominale. Il ne faut pas bourrer au hasard,

mais procéder méthodiquement, en tassant, sans compression, chacune des lanières, d'abord sur le fond et les parois du sac, puis au centre. Chacune des lanières doit avoir une certaine indépendance par rapport à sa voisine, de façon à rendre son extraction ultérieure plus facile.

M. Duplay préfère à l'emploi du sac, des lanières disposées parallèlement les unes aux autres et effleurant simplement le fond de la cavité, de façon à constituer une sorte de mur qui isole la région suspecte du reste de la grande cavité péritonéale. Ce mode de drainage est beaucoup plus simple et permet, en outre, au moment voulu, de retirer, par des tractions modérées, ces différentes lanières avec la plus grande facilité. Par contre, il est plus difficile de renouveler les lanières dans ce dernier mode de pansement. Quoi qu'il en soit, c'est du deuxième au troisième jour que M. Duplay a l'habitude de retirer les lanières, en exerçant sur elles, comme je viens de le dire, des tractions modérées, et laissant en place celles qui ne se détacheraient que difficilement. Pour mieux dire, on retire du pansement tout ce qui vient, et l'on se contente de réséquer les parties détachées de celles qui tiennent encore, renvoyant l'extraction de ces dernières au lendemain ou au surlendemain.

Que ce soit l'un ou l'autre de ces pansements qu'on ait employé, après leur retrait, on les remplace dans l'incision par un tube de caoutchouc ou par une mèche de gaze faisant drainage. Comme je le disais plus haut, j'ai envisagé le drainage à la Mikulicz dans ses rapports avec l'asepsie du champ opératoire; je ne m'étends pas davantage à ce sujet. Aborder la question du pansement, serait sortir de mon cadre. Cependant, avant de passer à un autre point, je dois faire ressortir les grands services rendus aux malades par cette pratique. Dès les premières heures qui suivent son emploi, on voit s'organiser une sorte de voûte membraneuse protectrice, fournie par le péritoine sain et adossée au pansement, voûte qui isole désormais l'une de l'autre la partie saine de la cavité péritonéale et la partie infectée.

Drainage vaginal. — Ce drainage, employé de nos jours par un certain nombre de chirurgiens à l'exclusion des autres modes de drainer, rend des services considérables. Mais il me paraît que, dans la majorité des cas, il est préférable de l'employer conjointement avec le drainage à la Mikulicz ou bien avec le drainage abdominal simple. Au point de vue de son action, il peut être comparé à la brèche de l'hystérectomie. Le drainage vaginal peut être obtenu de deux façons :

1° L'utérus enlevé par le haut ou par le bas, l'extrémité du vagin est maintenue béante, grâce à une forte mèche de gaze iodoformée qui dépasse un peu l'extrémité supérieure du vagin et qui bourre également la cavité vaginale. On peut suturer par-dessus le vagin les deux feuillets du ligament large ainsi que le péritoine qui recouvre la face postérieure de la vessie, à celui qui se continue avec le cul-de-sac recto-vaginal. Delbet, qui a défendu cette manière de faire en France, fait ressortir avec raison que, si des phénomènes infectieux se développent sur la tranche faite par le bistouri, aussi bien dans le tissu cellulaire que du côté du vagin, ces phénomènes se passeront en dehors de la cavité péritonéale; et que de plus, le vagin ouvert et drainé sera prêt à conduire les sécrétions septiques à l'extérieur. D'autres chirurgiens, après l'extirpation de l'utérus, ne suturent nullement le péritoine, mais se contentent de bourrer le vagin avec la gaze iodoformée en le laissant ouvert par le haut. Il en résulte que la grande cavité péritonéale se trouve drainée par le vagin béant et tamponné. Il y a plus de sécurité à opérer suivant cette dernière manière de faire, mais il y aussi des inconvénients, notamment l'établissement d'adhérences entre la plaie et les anses intestinales, inconvénients sur lesquels je ne puis insister ici. Il me semble, du reste, que suivant les cas, on est en droit de choisir entre ces deux méthodes. Lorsque, par exemple, il n'existe aucune crainte d'infection — comme dans l'hystérectomie abdominale pour fibromes — on peut suturer le péritoine à la manière de Delbet. Si les conditions sont inverses — comme dans l'hystérectomie pour suppuration — il est préférable de drainer par le vagin, sans suturer le péritoine par-dessus.

2° Si l'utérus n'a pas été enlevé, le drainage vaginal doit se faire par le cul-de-sac postérieur. En introduisant une pince dans le vagin, on fait saillir le cul-de-sac de Douglas, sur lequel on pratique une petite incision; à travers cette incision, on conduit l'extrémité de la pince; puis, ouvrant les branches largement et retirant l'instrument vers le vagin, on agrandit l'incision sans crainte de lésion quelconque. La même pince servira à attirer une forte mèche de gaze qu'on laisse à fleur du cul-de-sac vagino-rectal.

Que l'utérus ait été enlevé ou bien que le vagin seul soit incisé, nous recommandons de conduire la mèche de gaze de la cavité péritonéale vers le vagin, car en opérant autrement — c'est-à-dire en sens inverse — on risquerait de contaminer la cavité péritonéale par les produits vaginaux charriés par la mèche.

Suivant les cas, on peut se contenter du drainage vaginal seul ou le combiner avec le drainage à la Mikulicz. Ce double drainage vagino-abdominal est spécialement indiqué dans les cas où des poches purulentes ont été ouvertes au cours de l'opération, ou bien lorsqu'il reste dans le champ opératoire des lambeaux de poches extirpés, susceptibles de devenir un foyer de suppuration. Il faut, en effet, bien se convaincre que le Mikulicz est moins un drainage qu'un procédé d'isolement de la grande cavité péritonéale mettant à l'abri cette cavité et les intestins, du champ sur lequel a porté l'opération.

En résumé, en combinant ces deux méthodes de drainage, on isole la cavité péritonéale du champ infecté, en même temps qu'on draine celui-ci par la cavité vaginale.

Désinfection de la circulation. — Les progrès réalisés dans ces derniers temps en sérothérapie ont conduit à chercher, par l'introduction du sérum artificiel dans la circulation, à s'opposer à l'infection générale de l'organisme.

Le sérum, dont les propriétés microbicides sont connues, répond, en pareil cas, à une triple indication :

1° Il relève la contraction cardiaque, et par conséquent la tension artérielle; 2° il active l'élimination des microbes et de leurs toxines; 3° il favorise la phagocytose.

Il me serait impossible, dans le cadre restreint de ce travail, de développer cette importante question — tout à fait théorique d'ailleurs — du mode d'action des injections de sérum; je me contenterai d'exposer le manuel opératoire que nous suivons à l'Hôtel-Dieu, et d'indiquer les résultats qu'on est en droit d'en attendre.

Le manuel opératoire de ces injections est très simple; on peut se servir des différents appareils inventés

à cet effet. Un entonnoir muni d'un tube de caoutchouc, auquel on adapte une fine aiguille, suffit parfaitement. A la rigueur, une seringue de capacité suffisante pourrait être employée.

On introduit le sérum soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit directement dans la circulation générale, par une veine du pli du coude ou par toute autre veine. On ne doit recourir à une veine, qu'on découvre à cet effet, que dans les cas graves où il faut agir avec rapidité.

Pour l'injection du sérum artificiel par la voie sous-cutanée, on peut se servir d'une pression élevée. Par la voie veineuse, il faudra au contraire employer toujours une faible pression, en élevant modérément l'entonnoir et tout en surveillant les effets de l'injection.



Fig. 33. — Injection intra-veineuse de sérum artificiel à l'aide de l'entonnoir en verre. L'injection est faite dans la veine médiane céphalique.

Les quantités à introduire varient suivant la gravité de l'infection et de la dépression qu'elle entraîne, et suivant les effets immédiats obtenus. On peut se contenter, pour les cas moyens, de 500 grammes à un litre dans les 24 heures. On introduira, dans le même laps de temps, deux à trois litres de sérum dans les cas graves.

Quant à la quantité à injecter à la fois, elle varie de 200 à 500 grammes. Elle peut être élevée à un litre sans grand inconvénient. En tout cas, on devra se guider sur les effets immédiats obtenus, sur les accidents qui peuvent survenir, pour suspendre ou continuer l'injection. Les résultats qu'on peut espérer de l'introduction du sérum sont encore peu significatifs. Son action contre l'hémorragie est indéniable; les belles expériences du Pr Hayem l'ont bien démontrée. Non seulement il agit en élevant la tension artérielle, mais il exerce une action hémostatique certaine qui a été constatée dans nombre de cas.

Contre l'infection, les effets du sérum ne semblent malheureusement pas aussi démonstratifs. Sans doute son action favorable est attestée par d'assez nombreuses observations, qui doivent nous encourager dans cette voie. Quand on pense — en dehors de toute considération théorique — à la pression intra-vasculaire qui résulte des grandes injections de sérum, on est enclin à admettre que la résorption des produits putrides ou des ptomaïnes microbiennes doit se faire avec beaucoup de difficulté. Malgré tout, nous pensons qu'il faut être réservé sur le pronostic considéré à ce point de vue.

Peut-être devrait-on, de propos délibéré, avant que les phénomènes infectieux n'aient fait leur apparition,



Fig. 34. — Dispositif pour le lavage des mains. — A. F. Eau bouillie. — B. Sublimé à 1/2.000. — C. Bi-Sulfite de soude — D. Permanganate à 20/1.000. — E. Eau salée. — G. Etagère avec rayons en verre pour porter les plateaux à instruments et les bassins.



Fig. 35. — Dispositif pour la laparotomie. — I. Plan incliné [illegible] — B. B. Boîtes à compresses stérilisées. — C. C. C. Bassins. — O. O. Cuvettes remplies de sublimé à 1/3.000.

commencer les injections de sérum en vue d'une double éventualité, l'hémorragie et l'infection. A l'étranger, on fait suivre les opérations de longue durée d'une injection intra-veineuse immédiate de sérum. En tout cas, je crois cette injection indiquée lorsque, au cours de l'opération, la malade a perdu une quantité importante de sang, ou bien qu'on a lieu de craindre une infection. A la clinique de l'Hôtel-Dieu, nous avons l'habitude d'injecter toujours une certaine quantité de sérum après les grandes opérations comme on le fait à l'étranger. Lorsque nous avons lieu de craindre l'infection péritonéale, nous faisons une injection immédiate, qui a été portée parfois jusqu'à 2 litres de liquide dans les 24 heures. C'est ainsi que nous agissons lorsque, au cours de l'opération, des poches purulentes ont été ouvertes, et c'est ainsi que nous avons fait dans deux cas de péritonite purulente opérés et guéris.



Fig. [illegible]. — Champ opératoire pour l'hystérectomie. — H. Grande compresse [illegible] draps ne laissant à découvert que la vulve.

B. VOIE VAGINALE. — C'est la voie suivie dans les interventions sur le vagin, sur le col et le corps de l'utérus : c'est aussi par elle qu'on aborde la cavité péritonéale en pratiquant la colpo-cœliotomie.

J'examinerai successivement : *a*. La désinfection ou asepsie du vagin. — *b*. La désinfection de la cavité utérine. — *c*. L'asepsie de la cavité péritonéale.

a. *Asepsie du vagin*. — La cavité vaginale, habitée par nombre de parasites qui y vivent à l'état de saprophytes, est très difficile à rendre aseptique. Cette difficulté est d'autant plus grande que, lorsqu'on intervient par cette voie, c'est, dans la grande majorité des cas, pour porter remède à une affection microbienne dont le point de départ se trouve précisément dans la cavité vaginale, que cette affection résulte du développement de propriétés virulentes chez l'une des espèces de saprophytes, ou soit le fait d'un microbe pathogène venu de l'extérieur.

La difficulté d'aseptiser le vagin tient à l'irrégularité de cette cavité, à l'existence des culs-de-sac, des plis transversaux ou longitudinaux de la muqueuse, des anfractuosités multiples constituant autant de loges dans lesquelles pullulent les microbes. De plus, à l'état pathologique, l'orifice du col déverse continuellement dans la cavité vaginale les produits septiques qui proviennent du canal cervico-utérin.

Toutes les fois qu'une affection gynécologique se présente aux soins du chirurgien, il faut procéder à l'antisepsie du vagin, que l'on ait ou non en vue une opération ultérieure. C'est là un précepte que nous suivons à la clinique de l'Hôtel-Dieu, sans jamais nous en départir. On obtient une asepsie relative du conduit en pratiquant des injections au sublimé à 1/2.000, faites deux fois par jour, et suivies d'un tamponnement à la gaze iodoformée. Quand une intervention est décidée, on doit prescrire ces injections au moins quatre jours à l'avance.

La quantité de liquide qui doit irriguer le vagin sera d'un à deux litres à chaque séance. Le tamponnement à la gaze doit être fait avec des lanières, méthodiquement, en commençant par les culs-de-sac, et en bourrant assez pour déplisser suffisamment le conduit. La gaze iodoformée a pour but, non seulement de mettre l'iodoforme en contact avec la paroi vaginale, mais encore d'absorber les produits septiques qui sont déversés continuellement par l'orifice du col, et les empêcher de contaminer de nouveau la cavité vaginale. Quelques heures avant l'opération, on doit, suivant la pratique de M. Pozzi, basée sur les expériences de Steffeck, faire prendre à la malade trois irrigations vaginales au sublimé, à une heure d'intervalle chaque.

Désinfection immédiate. — Immédiatement avant l'opération, la désinfection du vagin doit être pratiquée avec un soin rigoureux. On commence d'abord par raser la région de la vulve, si cette précaution n'a pas déjà été prise. Puis on procède comme il suit :

1° Savonner soigneusement la vulve et les alentours, ainsi que l'entrée du vagin.

2° Pratiquer un nettoyage énergique du vagin, avec le savon et l'eau chaude, ou l'eau sublimée à 1/2.000. Cette opération peut se faire avec une brosse — mais celle-ci risque souvent de produire des éraflures de la paroi vaginale — ou bien avec un doigt de gant en crin. Il faut savonner pendant longtemps, au moins 5 à 10 minutes, en parcourant les différentes parois du vagin, la surface du col et surtout les culs-de-sac. Deux ou trois fois, on entraîne le savon avec une irrigation d'eau sublimée, pour recommencer encore à savonner.

3° Terminer par une longue irrigation au sublimé à 1/2.000, pendant laquelle le doigt introduit dans le vagin continue à nettoyer tous les recoins, ainsi que l'entrée du col.

4° On termine par un nouveau savonnage de la vulve à l'aide d'une brosse, et par un nettoyage de cette région au sublimé à 1/2.000.

On peut se servir du permanganate de potasse pour cette asepsie, mais étant données ses propriétés astringentes et les taches qu'il laisse, on lui préfère le sublimé. L'eau phéniquée au 1/50 pourrait être employée à défaut du sublimé. Malgré ce nettoyage, on est parfois tout étonné, en plaçant le spéculum, de voir des impuretés adhérer encore à l'orifice du col ou à quelque autre point du vagin. Cela nous donne une idée de la difficulté d'obtenir une asepsie rigoureuse du vagin. En tout cas, le spéculum étant en place, on aura soin,

pour plus de sécurité, de parcourir les surfaces découvertes avec un tampon imbibé de sublimé au 1/2.000.

5° Enfin, pour achever de préparer le champ opératoire, on doit garnir la malade avec des compresses, de façon à laisser la vulve seule à découvert. A cet effet, nous avons fait préparer une vaste compresse présentant un orifice central correspondant à la vulve, et deux parties latérales destinées à recouvrir les cuisses et les jambes.

6° Pendant l'opération — ou du moins pour certaines opérations — on peut se servir de l'irrigation continue, à petit jet dirigé sur le champ opératoire, pour entraîner à mesure le sang, les caillots, les débris de tissus détachés au cours de l'opération. En général, il est préférable et moins compliqué de faire usage par intervalles d'une forte injection au sublimé.

b) Asepsie de la cavité utérine. — Elle doit être faite avant l'intervention sur l'endomètre et après l'opération.

Asepsie préopératoire. — Quiconque est pénétré des effets de la rétention des liquides dans la cavité utérine sur la virulence des microbes qui y pullulent, comprendra pourquoi je range la dilatation de cette cavité parmi les moyens destinés à en assurer l'asepsie. Il faudra donc, pour cela :

1° Dilater avec des laminaires le canal cervico-utérin.

2° Toucher avec un liquide microbicide les parois de la cavité, deux ou trois fois avant l'opération.

Dans un mémoire publié en collaboration avec mon Maître M. le Pr Duplay, nous avons fait ressortir les avantages qui résultaient de cette antisepsie préopératoire. Grâce à une cautérisation de la cavité utérine au chlorure de zinc, faite deux ou trois fois, à trois ou quatre jours d'intervalle, on évite l'infection postopératoire et les accidents fébriles qui peuvent survenir, même sans lésion des annexes, après le curettage le mieux fait. Pour plus de détails, je renvoie à ce mémoire, inséré dans les *Archives de Médecine*, en juillet 1897.

3° Immédiatement avant d'intervenir dans la cavité utérine par le curettage ou toute autre opération, il faut encore irriguer cette cavité abondamment avec le sublimé à 1/2.000.

4° Enfin, l'opération doit toujours être terminée par une longue irrigation au sublimé, suivie d'une irrigation d'eau stérilisée — pour éviter les accidents toxiques — que l'on ait ou non pratiqué pour les besoins de l'opération une cautérisation avec le chlorure de zinc, la créosote ou toute autre substance microbicide. Cette irrigation trouve son indication dans la nécessité de balayer les produits de raclage, les détritus, etc., qui résultent d'une opération pratiquée sur l'endomètre. Certains chirurgiens, dans le même but, terminent l'opération par un écouvillonnage. Mais, en raison des lésions que l'écouvillon est susceptible de provoquer, nous préférons nous en abstenir. Dans l'asepsie postopératoire de la cavité utérine, nous rangeons encore les cautérisations qu'on pratique habituellement après le curettage.

A la Clinique de l'Hôtel-Dieu, nous nous servons du chlorure de zinc au 1/20 ou de la créosote au 1/3. Cette pratique nous paraît indispensable ; la solution complète l'action de la curette en stérilisant les points inaccessibles. De plus, les débris que le curettage laisse après lui se trouvent également aseptisés.

On peut aussi se servir, pour l'antisepsie postopératoire de la cavité utérine, de la solution de permanganate à 1/3.000 ou à 1/4.000, ou encore de la teinture d'iode et d'autres substances communément usitées en gynécologie. A notre avis, certaines de ces substances trouvent des indications particulières. C'est ainsi que nous nous servons exclusivement des irrigations de permanganate de potasse dans les curettages pratiqués contre la rétention du délivre ou des membranes, après l'accouchement ou après l'avortement. Nous pratiquons ces irrigations quotidiennement, et nous en obtenons les meilleurs résultats contre l'infection postpuerpérale de la cavité utérine.

c) Asepsie du champ opératoire dans la colpo-cœliotomie. — Avant d'entamer le cul-de-sac pour pénétrer dans la cavité péritonéale, nous pratiquons d'abord le curettage de l'utérus, puis un tamponnement serré, de façon à nous opposer à l'issue possible des liquides susceptibles de contaminer la plaie de la cœliotomie. La colpo-cœliotomie pratiquée, nous ne préparons le champ opératoire, du côté de la cavité abdominale, que si la nécessité s'en fait sentir. Par exemple, lorsqu'une anse intestinale ou l'épiploon viennent se montrer ou faire hernie à travers la plaie vaginale, nous les refoulons avec des tampons de gaze stérilisée, qui restent en place jusqu'à la fin de l'opération. Pour ne pas gêner les manœuvres à travers une voie déjà étroite, mieux vaut attacher chaque tampon de gaze avec un fil d'argent que de le maintenir avec une pince.

Il va sans dire qu'aucune irrigation antiseptique ne doit être faite à travers la plaie de la cœliotomie. En courant d'eau stérilisée suffira pour entraîner les caillots ou le sang ; encore l'injection d'eau ne doit-elle être faite que sur la plaie même, ou sur le vagin, sans chercher à faire pénétrer le liquide dans la cavité abdominale. Les raisons de cette façon de faire sont trop faciles à comprendre pour que j'aie besoin de les développer.

Toute opération par la voie vaginale doit être terminée par le lavage du conduit et un tamponnement serré à la gaze iodoformée. Mais cette précaution rentre déjà dans la question du pansement.

IV. Asepsie des instruments.

Des chirurgiens très versés pourtant dans la pratique de l'antisepsie, considèrent une simple ébullition dans l'eau pendant un quart d'heure comme suffisante pour la stérilisation des instruments. Cela est possible pour des instruments qu'on emploie rarement, mais pour ceux dont nous nous servons journellement dans les hôpitaux, cette manière de faire me paraît défectueuse. Il est encore possible que cette simple ébullition suffise pour les besoins de la chirurgie courante, mais pour des instruments destinés à venir au contact de la cavité péritonéale, je la crois insuffisante. Dans le service de la Clinique gynécologique, nous procédons plus sévèrement.

Tous les instruments, sauf le bistouri, doivent d'abord être nettoyés au savon avec la brosse, puis essuyés et soumis, immédiatement avant l'opération, à une stérilisation dans l'autoclave, à la température de 180 degrés, sous une pression de deux atmosphères, pendant 15 à 20 minutes. C'est là un procédé simple et expéditif, et c'est à lui qu'il faudrait avoir recours si les circonstances le permettent. L'expérience a montré en effet que la stérilisation à la vapeur sous une pression de deux atmosphères est absolument rigoureuse. Elle a, en outre, l'avantage ne pas détériorer les instruments.

Pendant un certain temps, nous nous sommes servis d'un appareil de fabrication allemande qui stérilise les instruments avec les vapeurs d'alcool sous pression. C'est un moyen avantageux surtout au point de vue de l'usure du matériel et de la conservation des instruments tranchants. Mais malheureusement nous avons dû abandonner cet appareil parce qu'il exige à chaque instant des réparations.



Fig. 37. — A gauche, étuve à air sec pour la stérilisation des instruments ou des compresses. A droite, poissonnière pour faire bouillir les instruments dans l'eau chargée de potasse.

Si l'autoclave fait défaut, on peut encore stériliser les instruments d'abord à l'air sec, puis en les soumettant à l'ébullition. Voici comment nous procédons depuis environ deux ans à l'Hôtel-Dieu : après avoir savonné et brossé les instruments, on les enferme entre deux feuilles de ouate hydrophile, simple précaution en vue de leur conservation. Quelques heures avant l'opération, on les place dans une étuve à air sec — sur la planchette inférieure de l'étuve qui est plus en rapport avec le foyer de chauffage — et l'on chauffe à 150° ou 160° pendant environ 30 minutes. Au moment de nous en servir, nous les faisons bouillir pendant 1/4 d'heure dans l'eau additionnée de carbonate de potasse. Ce sel a simplement pour but d'élever d'environ 15 ou 20 degrés le point d'ébullition de l'eau.

Au sortir de l'ébullition, les instruments sont étalés sur un plateau ou deux, garnis au préalable de compresses aseptiques. Cette précaution est nécessaire pour éviter l'épointement des instruments. — Les fils de soie que nous employons dans le service sont stérilisés de la même façon. Nous pensons qu'il ne faut ajouter qu'une foi médiocre à la stérilisation du commerce.

En résumé, les instruments et les fils de soie sont soumis à la température de 160° — air sec — pendant 30 minutes environ, puis à l'ébullition dans l'eau additionnée de carbonate de potasse pendant 1/4 d'heure environ. On pourrait nous objecter que les étuves à air sec sont infidèles, et avec raison, si l'on considère les nombreuses expériences qui ont été faites, démontrant l'inconstance de la température dans l'enceinte de l'étuve suivant ces différentes zones. Cependant, nous ferons observer que les instruments sont placés par nous sur la planchette inférieure de l'étuve, et sont immédiatement en rapport avec le foyer de chaleur, par conséquent, sur ce point la température de l'étuve doit être la même que celle marquée par le thermomètre. Mais toutes les objections et toutes ces discussions ne valent pas un argument fourni par la pratique. Les expériences montrent que la stérilisation ainsi obtenue est excellente, puisque l'ensemencement des milieux de culture, essayé avec des instruments sortant de l'étuve, reste sans effet.

Donc l'ébullition consécutive n'est qu'une précaution de plus dont on pourrait se passer à la rigueur. Cette dernière présente d'ailleurs un petit inconvénient sans importance qu'il me reste à signaler. La présence de la potasse rend les instruments glissants et poisseux au toucher.

Seuls les bistouris sont stérilisés un peu différemment. Pour ménager leur tranchant, nous ne les faisons jamais bouillir. Chaque bistouri est introduit dans un tube à essai lavé à l'alcool et garni dans son fond d'un tampon de ouate, sur lequel vient reposer la pointe de l'instrument. Le tube est bouché avec un autre tampon qui cale en même temps le manche du bistouri.

Chaque tube ainsi préparé est porté dans l'étuve sèche à 160° et y séjourne une demi-heure environ. Je répéterai pour ce mode de stérilisation ce que j'ai dit plus haut; il est excellent. Plus d'une fois nous l'avons éprouvé en piquant des tubes de sérum ou d'agar avec la pointe du bistouri stérilisé, sans réussir à produire une culture. Si nous faisons bouillir le reste de l'instrumentation, c'est à cause de leurs articulations, qui pourraient — théoriquement — retenir des spores.

Pour terminer la question d'asepsie des instruments, il me reste à montrer comment nous stérilisons le catgut. Le catgut est préparé dans notre service suivant la formule donnée par Schede.

On fait macérer du catgut brut pendant environ quarante-huit heures dans la liqueur de Van Swieten. Cette première opération vise l'aseptisation du catgut. On le laisse ensuite pendant douze heures dans l'huile essentielle de genévrier, et, au sortir de cette huile, on le conserve dans l'alcool absolu. A cet effet, on enroule les fils autour d'une bobine en verre avant de les plonger dans les liquides appropriés, puis chaque bobine est plongée dans un tube contenant de l'alcool et scellé à la lampe.

Au moment de nous en servir, nous plongeons la bobine dans une solution de sublimé à 1/2.000, de façon à rendre au catgut la souplesse que la préparation lui a enlevée.

REVUE SOCIALISTE. — La direction de la *Revue socialiste* vient d'être confiée à M. Gustave ROUANET, député. La *Revue socialiste* restera l'organe d'élaboration scientifique et de libres recherches que fonda Benoit Malon. M. Gustave Rouanet, qui fut le disciple et l'ami du fondateur, donnera cependant une place plus grande à l'actualité politique et sociale.

POLICE SANITAIRE. — Par décret du Président de la République française, la loi du 21 juillet 1881 sur la police sanitaire des animaux est rendue applicable dans toute l'étendue de l'Indo-Chine.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les résultats de la prostitution réglementée en Angleterre devant l'Académie de Médecine.

Il y a dix ans, en février et mars 1888, à la suite du dépôt du rapport de M. le Pr Alfred Fournier (7 juin 1887), l'Académie de Médecine consacra une suite de séances à discuter la question de la réglementation de la prostitution en France. De vives critiques furent élevées contre le système actuellement existant : le régime de Saint-Lazare, l'emprisonnement et l'infamie infligés à des malades, toute une organisation propre à terroriser des malheureuses, qu'il fallait non faire fuir et déprimer, mais soigner, furent vivement pris à partie; l'Académie, à la suite de son éminent rapporteur, vota quelques réformes partielles et les choses... en restèrent là. Rien ne fut changé au *statu quo ante*.

Voici que la question est de nouveau soulevée devant l'Académie — pour l'Angleterre — il est vrai. Dans la séance du 29 mars, M. J.-V. Laborde a fait, en son nom et au nom d'un membre du Parlement anglais, M. James Stuart, le savant professeur de mathématiques et de démographie, une communication des plus intéressantes, dont les conclusions décisives pourraient bien provoquer dans un prochain délai des débats plus concluants que ceux de 1888.

On sait que toute une législation réglementant la prostitution existait en Angleterre basée sur des *Acts contre les maladies contagieuses*.

Les abus administratifs de tout genre, l'insignifiance hygiénique des résultats constatés rallièrent à l'idée d'abolir ces *Acts* la majorité de la population de la métropole, à la suite des plus grands esprits et des plus grands hommes politiques anglais, d'Herbert Spencer à Gladstone. L'abolition des *Acts* eut lieu en 1883 pour le Royaume-Uni, en 1888 pour l'Inde. Depuis cette époque, cette mesure du *rappel* n'a cessé d'être attaquée soit en Angleterre par une minorité tenace, soit sur le continent par les adhérents à notre système français de police de mœurs. En France, parmi les écrivains qui se sont le plus sévèrement élevés contre le *rappel* figure au premier rang l'honorable M. Commenge, médecin en chef du dispensaire de Paris. Dans diverses publications, et notamment dans son livre *La prostitution clandestine*, il a soutenu, en s'appuyant sur des données numériques que la suppression de la réglementation anglaise visite forcée, encartement, internement coercitif) avait eu sur la santé des armées une influence désastreuse (1); il a comparé les statistiques militaires anglaises avec les statistiques militaires de plusieurs autres nations européennes et il a conclu sans difficulté non seulement que les nations dotées d'une police de mœurs ont un état sanitaire spécifique meilleur que l'Angleterre, mais que l'Angleterre elle-même a déchu au point de vue sanitaire depuis le *rappel* des *Acts*.

C'est ce dernier point que sont venus contester M. Laborde et son collaborateur de la Chambre des Communes. Déjà en 1888 M. Laborde avait bien marqué qu'il était de ceux à qui il fallait des raisons et des chiffres authentiques, comparatifs, sérieux, pour être convaincu. Fort incrédule sur les résultats de la réglementation en 1888, il est venu montrer en 1898 qu'il ne lui attribuait décidément aucune vertu.

C'est qu'aussi l'honorable M. Commenge n'a guère été heureux dans la lecture et l'interprétation scientifique des statistiques anglaises, dont il avait assumé le panégyrique. M. Laborde, en prenant des statistiques d'ensemble, c'est-à-dire en encadrant la période de fonctionnement des *Acts*, entre les deux périodes pendant lesquelles ils n'existaient pas encore, puis ils ont été supprimés, n'a pas eu de peine à démontrer que d'une part les *Acts* n'avaient eu aucune action favorable sur la santé publique, et que loin de là en ce qui concernait la population civile et l'armée de l'intérieur leur *rappel* avait coïncidé avec une amélioration sanitaire spéciale.

M. Commenge avait complètement négligé le point de vue si important de la santé de la population civile, où, après tout, dans tous les pays du monde se recrutent les armées..., comme disait en maugréant certain colonel célèbre. C'était se priver d'une source capitale d'informations, qui eût probablement fait hésiter l'honorable médecin du dispensaire, dans l'expression tranchante d'une opinion que M. Laborde n'a pas craint de qualifier, à la tribune académique, de radicalement « fausse ».

Le tableau statistique présenté par M. Laborde a été rédigé par lui et son collaborateur parlementaire sur les rapports officiels du département médical du *War Office*. Il embrasse une période de 30 ans, de 1866 à 1895.

Il s'appuie sur l'examen médical de la partie de la population civile la plus propre à donner une idée représentative exacte de la santé de cette population. MM. Laborde et Stuart ont pris les *recrues* devant les conseils de revision. Ces jeunes gens viennent de tous les points de la Grande-Bretagne, des villes et des districts ruraux; ils appartiennent à des classes de la société et à un âge peu favorables au *self restraint*, et leur genre de vie plutôt libre est de nature à favoriser chez eux les maladies spécifiques. Or, que voyons-nous? De 1866 à 1883, sous l'empire des *Acts*, nous comptons invariablement que, sur 1.000 recrues, de 16,56 à 10,72 en passant par la série des chiffres intermédiaires, sont refusées pour cause de syphilis. Puis, de 1884 à 1895, c'est-à-dire pendant la période qui a suivi l'abolition des *Acts*, nous voyons que sur 1.000 recrues, de 10,57 à 3,48 seulement ont été refusées pour cause de syphilis : or, dans cette deuxième période ces deux chiffres représentent les deux extrémités, c'est-à-dire que la décroissance des syphilitiques est constante, partant de 10,57 en 1884 pour arriver en 1895 à 3,48, en passant par tous les chiffres intermédiaires. La sérieuse importance de ces chiffres saute aux yeux si nous rappelons qu'il s'agit là de l'examen médical de 50.000 jeunes gens.

Le second tableau statistique dressé par MM. Laborde et J. Stuart, avec la collaboration du Dr Nevins (de Liverpool), dont l'expérience statistique fait autorité, sur les Rapports du *War Office*, relatifs aux

(1) V. p. 513-527 (1 vol. in-8, Schleicher, Paris, 1897).

admissions à l'hôpital pour toutes les formes de maladies vénériennes, vise seulement l'armée dite d'Angleterre ou d'intérieur, l'*Home Army* : il va de 1860 à 1896.

Ici encore que voyons-nous? Dans une période antérieure aux *Acts* le chiffre des vénériens oscille entre 313 et 254 par une décroissance continue; il continue à descendre sous le régime des *Acts* de 1869 à 1878, allant ainsi de 249 à 175 0/00, puis pendant les trois dernières années du régime coercitif on le voit remonter et atteindre le même point qu'avant le fonctionnement des *Acts*, soit 246 0/00 en 1882 comme en 1866. Après l'abolition des *Acts* il se produit pendant trois ans (1884-1886) une augmentation, le nombre des vénériens atteint 275 0/00; puis à partir de cette date nous voyons le chiffre des vénériens, par une diminution progressive et continue, descendre chaque année, et perdant continuellement de 20 à 25 unités, arriver de 253 en 1887 à 138 en 1896, c'est-à-dire *aux mêmes chiffres présentés au fort même de la période d'application des Acts.* Il faut évidemment avoir une optique particulière pour attribuer aux *Acts* de police de mœurs une action favorable et à leur *rappel* une action défavorable sur la santé publique.

M. Laborde a très scientifiquement mis à part les statistiques relatives aux troupes coloniales et notamment aux troupes de l'Inde. Ici c'est une question tout ensemble d'intelligence médicale et de bonne foi. L'état sanitaire spécial des troupes *composées d'Anglais* est évidemment mauvais, et que le régime des *Acts* ait été appliqué ou supprimé depuis 1872, date initiale de la statistique de M. Laborde, les maladies vénériennes ont été toujours en augmentant.

Sous le régime des *Acts*, de 1872 à 1887, le chiffre des admissions à l'hôpital pour les maladies vénériennes de toute nature passe par une progression continue de 171 0/00 à 361 0/00; de 1888, date plus ou moins réelle du *rappel*, la progression continue sans soubresaut de 361 à 522 0/00 en 1895. Mais pendant le régime des *Acts* comme après, la situation est, on pourrait le dire, anarchique. D'une part, le résultat fâcheux de la progression des maladies pendant l'application du régime coercitif avait si fort indisposé contre lui nombre des autorités militaires, que plusieurs hôpitaux de femmes pour internement forcé furent fermés, et que ces autorités s'occupèrent elles-mêmes de pourvoir les soldats de femmes offrant « plus de charmes » (*more attractive*) [*sic*] sans que cette précaution eût d'ailleurs aucun résultat utile quant aux maladies. D'autre part, après le vote de juin 1888 qui abolissait les *Acts*, les autres autorités militaires restées favorables à leur fonctionnement refusèrent d'appliquer le *rappel* et continuèrent à appliquer la réglementation la plus rigoureuse sans plus de bénéfice, du reste, pour la santé globale de l'armée. Dans ces conditions, et au milieu de cet imbroglio, il était difficile de tirer des conclusions pour ou contre la réglementation. Ce qui est intéressant dans cette même colonie au point de vue de la santé vénérienne du soldat, c'est que tandis que les soldats européens présentent un grand nombre de vénériens, de 191 0/00 en 1872 à 481 en 1889 et 497 en 1896, le chiffre de ces mêmes maladies est extrêmement réduit dans les troupes *indigènes.* La classe des femmes auxquelles s'adressent les soldats indiens est-elle la même que celle des soldats anglais? L'usage de l'alcool, de l'opium, de la viande, l'intempérance habituelle de l'Européen dans les pays chauds, les religions et mœurs différentes influent-ils sur ce résultat sanitaire? Nulle enquête n'a été faite à ce sujet.

Un point sur lequel tout le monde est d'accord, c'est que dans l'Inde (comme dans la métropole) on rencontre des écarts parfois considérables dans la santé de deux régiments, dont les cantonnements sont relativement voisins : dans tel régiment le nombre des vénériens est double ou triple de celui observé dans tel autre régiment. Ici l'influence de l'exemple, la sollicitude des officiers subalternes et supérieurs pour la troupe sont signalées comme ayant une influence considérable.

On comprendra maintenant la stupéfaction générale qui a accueilli les procédés de discussion et d'interprétation statistiques de M. Commenge dressant des tableaux où il rapproche de l'armée anglaise les armées des principales puissances d'Europe, notamment notre armée, les armées allemande et autrichienne, l'armée russe enfin, avec le parti pris de montrer que là où il existe une police des mœurs les armées sont préservées (1). Comment l'honorable médecin du dispensaire n'a-t-il pas vu qu'on ne pouvait tirer des conclusions valables qu'en comparant des matières identiques et qu'à ce titre le mode de recrutement bien particulier des armées anglaises, exclusivement fait avec une classe « sans éducation ni empire sur soi-même », comme l'a remarqué lord Lansdown, ministre de la Guerre, en juin 1897, interdisait tout rapprochement sérieux avec des armées comme les armées française et allemande, où toutes les classes de la nation sont confondues et où l'état moral est évidemment plus élevé.

Même ainsi présentée, la thèse *a priori* de M. Commenge pourrait se retourner contre lui, et on peut dès aujourd'hui lui faire cette objection.

L'armée allemande, d'après les statistiques présentées par M. Commenge, est, en effet, de toutes les armées d'Europe celle qui contient le moins de vénériens, soit de 26 à 27 vénériens 0/00, dont 5 à 6 syphiliques 0/00; or, la police des mœurs qui régit l'Empire est toute différente de la nôtre : les maisons publiques y sont interdites. En France, au contraire, nous avons la police des mœurs la plus rigoureuse avec maisons tolérées et surveillées ; or, la proportion des maladies spécifiques est du double ou d'un tiers plus élevée qu'en Allemagne, soit de 44 vénériens 0/00 et de 9 syphilitiques 0/00. Que M. Commenge conclue lui-même !

Tel est, dans un rapide résumé, la longue et documentée communication faite à l'Académie par M Laborde, qui n'est pas seulement — on le savait depuis longtemps — un éminent maître de physiologie. Le penseur chez lui ne se paie pas de mots et ne s'arrête pas aux préjugés cristallisés dans une administration, qui depuis longtemps ne peut plus s'imaginer qu'elle sert l'intérêt public ; et comme le caractère, chez lui,

(1) *Op. cit.*, p. 537.

met son indépendance au service de la pensée, nous avons eu cette magistrale instruction sur les résultats de la réglementation en Angleterre.

Souhaitons que M. Laborde ramène bientôt son étude au pays dont il s'est déjà occupé en 1888, et nous dise à nouveau son sentiment motivé (avec statistiques à l'appui, s'il peut en obtenir) sur notre police des mœurs française. Dr Louis FIAUX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances des 14 et 21 mars 1898.

Importance du sucre considéré comme aliment.

D'après la théorie des poids et des substitutions isodynames mise en honneur par Rübner et les travaux allemands, la valeur nutritive d'un aliment est proportionnelle à sa valeur énergétique c'est à dire à la chaleur qu'il peut donner en brûlant, et par conséquent un aliment peut se substituer à un autre, à condition que la quantité donnée fournisse la même quantité de chaleur. C'est ainsi que pour remplacer 1 gramme de graisse qui fournit en brûlant environ 9 calories, il faudrait 3 grammes de glycose (la chaleur de combustion du glycose étant de 3 calories).

D'après les expériences de M. CHAUVEAU, cette théorie est fausse. Au lieu de 3 grammes de sucre indiqués par la théorie c'est 0,756 seulement qu'il faut pour produire le même travail qu'avec 1 gramme de graisse. La supériorité du sucre sur la graisse au point du vue de la valeur nutritive est donc indéniable, et elle s'accuse toujours en toute circonstance surtout dans les cas où s'active la fonction rénovatrice et formatrice des tissus animaux. Comme conclusion d'intérêt général M. Chauveau arrive à demander l'abolition des mesures fiscales tendant à restreindre la consommation du sucre.

Application de la radiographie à l'étude d'un cas de myxœdème soumis au traitement thyroïdien.

Pour se rendre compte des modifications que le traitement thyroidien a provoquées dans le développement osseux d'un sujet atteint de mxyœdème infantile, MM. GASNE et A. LOUDE ont eu recours à la radiographie. Après 4 mois de traitement, ils ont constaté du côté du squelette l'augmentation de la taille (4 centimètres) puis des progrès considérables de l'ossification.

De la visibilité des rayons de Rœntgen par certains jeunes aveugles.

M. FOVEAU DE COURMELLES a constaté que la rétine de certains aveugles paraît jouer, ce qui n'a pas lieu chez les voyants, le rôle de la plaque photographique soumise aux rayons Rœntgen.

Sur un nouveau système de régulation thermique s'appliquant au chauffage des étuves par le pétrole.

M. TISSOT a imaginé pour les laboratoires privés du gaz, une étuve (1) à laquelle est adaptée un régulateur d'un nouveau modèle permettant le chauffage à l'aide du pétrole. Ce système est d'une grande précision, car il permet une régulation entre des limites très faibles, toujours inférieures à 0°,5. D'une grande simplicité, d'une grande exactitude et n'entraînant qu'une dépense de combustible très minime (0 fr. 10 par jour en moyenne), l'instrument réalise complètement le but que s est proposé l'auteur : permettre à tout médecin qui n'a pas le gaz d'éclairage à sa disposition, de faire des études bactériologiques ou de poser un diagnostic par les procédés bactériologiques lorsque la nécessité le réclame. La lampe adaptée au système a une assez grande capacité pour que l'étuve fonctionne pendant 10 à 15 jours sans qu'on ait à s'en occuper. On comprend quels services pourra rendre cette nouvelle étuve que M. Chauveau vient de présenter à la Société de Biologie.

(1) Construite par Verdin.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 mars. — PRÉSIDENCE DE M. MOUGIN.

M. FÉRÉ rapporte une observation de *réflexe pilo-moteur unilatéral*, dans certains cas d'ataxie locomotrice, de paralysie générale et de névrite alcoolique. Il rappelle qu'expérimentalement on a pu produire les mêmes phénomènes par excitation des ganglions du grand sympathique.

MM. GILBERT et FOURNIER décrivent une *forme splénomégalique de la cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot*. Cette forme s'observe surtout chez l'enfant et dans les affections à marche lente. Elle rentre dans ce fait de pathologie générale que toutes les infections biliaires chroniques retentissent sur la rate et que la maladie de Hanot paraît n'être qu'une forme spéciale, prolongée de ces infections.

M. RETTERER, en étudiant des *os d'embryons non décalcifiés* et inclus dans la paraffine a vu les ostéoblastes-cellules provenir nettement des ostéoblastes qui avoisinent les travées calcifiées, et, dans ces travées, l'orséine se présenter sous forme de filaments fins, souvent entrecroisés. Il en conclut à l'existence d'un réticulum dans la substance dite amorphe du tissu osseux.

M. GUILLEMINOT adresse une note sur *la présence du fer dans le méconium*. Il l'a retrouvé en petite quantité sur quatre fœtus humains et sur deux fœtus de brebis.

M. JOSUE a étudié *la moelle des os chez les tuberculeux* et y a constaté des lésions même en dehors de la présence des bacilles spécifiques. Ces lésions, plus ou moins diffuses, sont tantôt de la prolifération, tantôt de la sclérose et de la dégénérescence amyloïde autour des petits vaisseaux. On retrouve les mêmes faits chez l'animal rendu tuberculeux, le lapin surtout.

MM. F. BEZANÇON et M. LABBE ont recherché les *réactions histologiques que présentent les ganglions lymphatiques soumis à l'infection*. Ils se sont servis dans ce but du charbon et du staphylocoque. Dans cette dernière infection, moins aiguë, on observe une desquamation endothéliale intense et la formation de nombreux lymphocytes. Dans le premier cas, celui du charbon, les réactions sont au contraire très peu prononcées.

M. GLEY communique deux notes de M. PACHON (de Bordeaux), la première sur la *formation de trypsine* dans la rate; la seconde sur les *propriétés anticoagulantes du tissu hépatique*.

M. LINOSSIER adresse une note sur les *peroxydases du pus et de la salive*.

M. WEILL a constaté l'*indicanurie dans l'insuffisance hépatique*.

M. GIARD dépose une note de M. MICHEL sur *l'histologie du système nerveux des Annélides*. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 mars 1898.

L'eucaïne B.

M. RECLUS, après avoir rappelé ses recherches et celles de M. POUCHEL sur l'eucaïne, substance inférieure à la cocaïne comme anesthésique et surtout facilitant des hémorragies gênantes, étudie un nouveau succédané de la cocaïne : l'eucaïne B. Celle-ci présente quelques avantages, entre autres la stérilisation possible par la chaleur sans altération. Cependant, après six mois d'essais, voici les conclusions de M. Reclus : 1° La cocaïne, bien et prudemment administrée, nous paraît demeurer encore l'anesthésique de choix; 2° l'eucaïne B ne lui cède que de très

peu, et nous devons même la préférer en stomatologie, lorsque l'opéré doit marcher immédiatement après l'intervention, ou bien dans les cas où le champ opératoire, très étendu, nécessite l'emploi d'une grande quantité d'alcaloide : l'eucaïne B, moins toxique, présente alors de sérieux avantages.

Réparation d'un muscle par des fils métalliques fixés par un autre fil métallique placé perpendiculairement dans le corps du muscle.

M. Championnière décrit cet intéressant procédé qui a réussi dans un cas où la suture directe avait échoué et qui assure l'affrontement jusqu'à la réparation solide du muscle.

Alcoolisme et cirrhose.

M. Hayem montre les difficultés de déterminer exactement la part des alcools et celle du vin, la plupart des buveurs étant éclectiques. Il montre l'importance des troubles gastriques et en particulier la fréquence de l'hypoacidité gastrique dans la cirrhose atrophique, de l'hyperacidité dans les fosses hypertrophiques. Peut-être même la gastrite joue-t-elle un rôle initial.

M. Laborde revient sur le rôle important des fermentations gastriques acides qui peuvent être produites aussi bien sinon mieux par les alcools que par le vin.

M. Lancereaux insiste sur la diminution actuelle des cas de cirrhose atrophique, correspondant à la diminution du plâtrage des vins.

La vaccine dans les colonies.

M. Colin signale la fréquence relative de la variole parmi les troupes d'Algérie. Bien que revaccinés en France les soldats sont assez souvent atteints, tant les foyers de contagion sont nombreux. Il approuve donc pour supprimer ces foyers la proposition de M. Hervieux.

M. Laveran bien qu'opposé à cette loi spéciale, approuve toutes les mesures proposées de persuasion.

Traitement du tétanos.

M. Robin communique, au nom de MM. Boinet et Vié (de Marseille), une observation de *tétanos traumatique traité et guéri par des injections répétées de sérum antitétanique*. Les auteurs, font à propos de ce cas (d'origine tellurique),— dont l'incubation et l'évolution furent lentes —, les réflexions suivantes : 1° un nettoyage antiseptique rigoureux de la plaie est nécessaire; 2° il est nécessaire de diminuer l'excitabilité neuro-musculaire (demi-obscurité, chloral, morphine, etc.) ; 3° dans les cas graves, il convient d'associer au traitement sérothérapique la méthode de Baccelli, qui consiste, comme on le sait, à injecter souvent, sous la peau, de 2 à 4 cc. d'une solution phéniquée à 2 0/0.

Elections.

Ordre de classement des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie par suite du décès de M. Luys. 1re ligne : Pr Ch. Richet; 2e ligne : (et par ordre alphabétique) MM. Gréhant, Poirier, Rémy, Retterer et Reynier. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 mars 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Inconvénients du sérum gélatiné dans le traitement des métrorrhagies.

M. Dalché, ayant eu à soigner dans son service une femme de 72 ans d'une métrorrhagie abondante, qu'il supposait due à un cancer du corps utérin, opéra un tamponnement vaginal avec des tampons imbibés de sérum gélatiné à l'acide phénique L'hémorragie fut arrêtée, mais au bout de peu de jours le col se dilata et donna issue à un caillot très dur suivi de sang coagulé et fétide, ce qui nécessita des lavages et un écouvillonage de l'utérus. Il attribue au traitement la formation de ce caillot qui empêcha l'écoulement du sang qui s'amassait dans le corps de l'utérus. Comme une infection par altération de ce caillot peut en être la conséquence, M. Dalché conseille de ne se servir de sérum gélatiné que lorsqu'on peut en faire l'application au siège même de l'hémorragie.

Note sur le mécanisme de l'action antitoxique qu'exercent vis-à-vis de la strychnine la pulpe nerveuse et diverses matières inertes.

MM L. Thoinot et Georges Brouardel. — MM. Widal et Nobécourt ont montré, dans un mémoire récent, l'action antitoxique de la pulpe nerveuse sur la strychnine et la morphine. En injectant à des cobayes le mélange d'un gramme de substance nerveuse et d'une dose mortelle et même d'une double dose mortelle d'une solution titrée de sulfate de strychnine tuant à raison de 0 milligr. 6 pour 100 grammes de cobaye (le dosage est fait en strychnine), nous avons infailliblement préservé tous nos cobayes. Nous avons cherché l'explication de ce fait intéressant, et vérifié tout d'abord que la strychnine n'avait pas disparu du mélange, qu'elle y était présente et gardait toute sa toxicité; nous avons également vu que le facteur dilution ne jouait aucun rôle dans le résultat, et enfin que les cobayes ainsi préservés étaient, 48 heures après, tués infailliblement par une seule dose mortelle de strychnine, prouvant ainsi qu'ils n'étaient ni réfractaires, ni immunisés.

Nous avons opéré des mélanges de doses toniques de strychnine et de matières inertes diverses : talc, charbon, fécule de pomme de terre, épinard, et nous avons vu que le mélange fait avec ces matières préservait le cobaye tout comme le mélange avec la pulpe nerveuse, à quelques légères nuances de doses près.

C'est ainsi qu'un gramme de substance nerveuse protège contre la dose mortelle simple ou double, et qu'il faut 3 grammes pour préserver contre la triple dose mortelle.

Mêmes résultats numériques avec le talc : un gramme de cette poudre inerte protège le cobaye contre la dose mortelle simple et double et 3 grammes préservent contre la triple dose.

Résultats à peu près analogues avec la fécule de pomme de terre ; un gramme de cette substance préserve le cobaye contre la dose mortelle simple et double, mais il en faut 6 grammes pour préserver contre la triple dose toxique.

Un gramme de charbon ne protège que contre la dose simple; les épinards, à la dose d'un gramme, protègent contre la dose mortelle simple et double. Les résultats sont identiques, qu'on fasse subir au mélange de poison et de pulpe ou de matière inerte une macération de 24 ou 48 heures, ou qu'on opère extemporanément, faisant suivre immédiatement le mélange de l'injection. L'explication de ces faits en apparence mystérieux est des plus simples : le poison est retenu tout entier par la pulpe nerveuse ou la matière inerte; on vérifie ce point aisément par l'expérimentation et l'essai chimique : les mélanges de charbon, talc, pulpe nerveuse avec la solution toxique de strychnine donnent à la filtration un liquide complètement inoffensif pour le cobaye, et que l'essai chimique montre ne pas contenir la moindre trace de poison.

On comprend donc que dans l'injection du mélange, le poison, fixé, retenu, ne peut plus agir avec sa puissance entière ; il n'agira qu'au fur et à mesure de sa mise en liberté, dont la lenteur empêchera qu'une dose toxique mortelle ne se trouve en même temps dans l'organisme. Il n'y a là d'ailleurs rien d'extraordinaire : les chimistes savent qu'une solution abandonne aux corps, même inertes, sur lesquels on la fait passer, la matière soluble qu'elle contient; Frankland a fait de curieuses expériences sur l'abandon des matières solubles contenues dans les eaux de servage, ou sable, etc., avec lequel on les met en contacte. Les pulpes organiques jouissent donc simplement d'une propriété vérifiée depuis longtemps pour les matières inertes. Nos expériences montrent qu'elles se conduisent comme elles vis-à-vis de la strychnine.

Erythème papuleux grippal.

M. Gaillard a observé au cours de la dernière épidémie de grippe un certain nombre de malades atteints d'érythème papuleux. Cet érythème, qui disparut avec la maladie, ne peut-être attribué à aucune médication antérieure (antipyrine, sulfate de quinine). Les malades qui en étaient atteints, n'avaient pas d'albumine dans les urines. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 mars 1898. — PRÉSIDENCE DE M. DELENS.

M. WALTHER fait un rapport sur un travail de M. LOISON relatif aux *abcès du foie*. Ce travail est basé sur 21 observations. Il se termine par des réflexions et des conclusions sur lesquelles insiste particulièrement M. le rapporteur. Parmi les observations qui font l'objet de ce travail, il en est deux dans lesquelles il n'y a pas eu d'intervention; il s'est fait une régression spontanée de l'abcès. M. Walther fait observer que c'est là un mode de terminaison des abcès du foie tout à fait exceptionnel. Avec l'auteur du travail, M. Walther insiste sur la symptomatologie souvent obscure des abcès du foie et la ponction exploratrice elle-même est parfois infidèle. Quand elle donne du pus, il ne faut pas hésiter à faire une incision en se guidant sur le trocart. Quand il y a de la voussure, des signes de collection, il vaut mieux faire l'incision de la paroi abdominale et ponctionner ensuite directement le foie lui-même. M. Loison dit que cette ponction du foie, alors même qu'elle ne donne pas de pus, est avantageuse et agit comme une saignée. Cette saignée, pense-t-il, peut décongestionner le foie et enrayer les accidents.

M. ROBERT, étant médecin en chef au Tonkin, a eu l'occasion d'observer un grand nombre d'abcès du foie. Dans tous les cas, on fait la ponction avec une petite aiguille et jamais on n'a constaté d'accidents. Quand la ponction donne du pus, M. Robert a recours, pour l'incision, au procédé de Lannelongue, c'est-à-dire à l'incision cruciale avec une incision parallèle au rebord des fausses côtes et résection du cartilage costal On arrive ainsi sur le foie, qu'on peut explorer très largement, en écartant les bords avec les doigts. M. Robert a renoncé aux sutures comme s'infectant trop facilement. Malgré toutes les précautions que l'on peut prendre, la section des côtes est, selon lui, défavorable. Les incisions transpéritonéales ou transpleurales lui ont toujours suffi.

M. BAZY fait ensuite un rapport sur une observation de M. BROUSSIN (de Versailles) relative à un *corps étranger de l'urètre*. Il s'agit d'un homme qui s'était introduit une épingle à cheveux dans l'urètre pour remédier, disait-il, à une gêne de la miction. En réalité, il s'agissait là d'une de ces aberrations génésiques telles qu'on les observe souvent. L'épingle avait été introduite, la partie lisse et recourbée en avant, et les efforts fait par le patient pour l'extraire n'avaient réussi qu'à enfoncer la pointe dans la portion du gland. M. Broussin tenta tout d'abord de dégager la pointe par des tractions répétées à l'aide de pinces à forcipressure sur les lèvres du méat : cette manœuvre fut couronnée de succès, et la pointe ainsi libérée fut coiffée d'un bout de sonde glissée sur l'épingle comme mandrin ; l'extirpation fut ensuite des plus aisées. M. Bazy fait remarquer que le procédé employé par M. Broussin est ingénieux et recommandable. M. Bazy ajoute une observation personnelle : il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans qui, ayant de la cystite avec un rétrécissement urétral, se fit soigner par un de ses amis qui lui fit des injections avec une seringue en verre. La vessie était distendue, le malade n'urinait que par regorgement. L'auteur diagnostiqua naturellement un rétrécissement, et pensa qu'il y avait un calcul par derrière. M. Bazy fit l'urétroscopie et constata la présence d'un fragment de verre : c'était tout simplement le bout de la seringue qui s'était cassé et qui était resté dans l'urètre.

M. MONPROFIT (d'Angers) fait ensuite une communication *sur l'opération de la gastrectomie et celle de gastro-entérostomie*. Voici l'observation qui a guidé l'opérateur dans le choix de sa méthode : « J'ai pratiqué dernièrement, dit l'auteur, l'ablation d'une volumineuse tumeur de l'estomac occupant environ le tiers de l'organe. Après avoir réséqué la partie malade de l'estomac et sectionné le duodénum, j'ai craint de ne pouvoir rapprocher les organes qu'au prix de tractions trop fortes pour pouvoir espérer une bonne réunion. J'ai fermé l'estomac par deux surjets, et fermé de même le duodénum; ensuite, j'ai recherché le jejunum et je l'ai sectionné en travers, à l'exemple de Roux (de Lausanne), et j'ai pratiqué, selon son procédé, une gastro-entérostomie trans-mésocolique postérieure en Y.

« Le résultat ainsi obtenu est très satisfaisant, le seul inconvénient relatif est la longueur de l'intervention. Cependant, bien que ma malade ait été deux heures sous le chloroforme, elle a supporté très facilement l'opération. Les suites ont été aussi simples que possible. Je n'ai à signaler qu'une faim extraordinaire, qui a poussé ma malade à prendre des aliments en abondance dès les premiers jours. Je ne m'y suis d'ailleurs opposé en aucune façon, et, quinze jours après l'opération, la malade est en très bon état, mange comme toutes les autres malades du service et a déjà repris un embonpoint notable. Après avoir eu recours, d'une façon presque exclusive, à la gastro-entérostomie dans le traitement des néoplasmes gastriques et pyloriques, je suis absolument décidé à recourir à la *gastrectomie* toutes les fois qu'elle sera possible. Si la gastrectomie est peu étendue, je suis d'avis de réunir directement le duodénum à l'estomac, comme je l'ai fait dans une pylorectomie pour sténose cicatricielle. Mais si la portion d'estomac enlevée est considérable, le meilleur, à mon sens, est de pratiquer la gastro-jéjunostomie. Comme procédé de gastro-entérostomie, je donne de beaucoup la préférence au procédé de Roux (de Lausanne), qui nous débarrassera, je l'espère, du retour de la bile dans l'estomac, si ennuyeux dans les autres procédés. J'emploie toujours, bien entendu, les *sutures* en surjet à la soie, à l'exclusion de toutes les variétés de *bouton*, et je n'ai eu jusqu'ici qu'à m'en louer ».

M. HARTMANN présente quatre malades, le premier atteint de *gastro-succorrhée*. L'auteur a pratiqué une gastro-entérostomie postérieure, le malade est parfaitement guéri. Un second malade atteint *d'une ostéite déformante de Paget*. Le troisième atteint d'une *arthrite tabétique hypertrophiante*, l'hypertrophie ayant envahi l'articulation coxo-fémorale et l'os iliaque. Le quatrième malade enfin est atteint d'un *anévrysme du creux poplité*.

Voici une autre communication également intéressante de M. KIRMISSON sur un *cas de péritonite localisée par perforation*, chez un enfant de huit ans. On avait adressé cet enfant comme atteint d'appendicite. Comme le facies était bon, le ventre peu tendu et douloureux, l'auteur prescrivit un traitement d'attente. Néanmoins, le lendemain, la température s'étant élevée, le ventre étant ballonné, des vomissements s'étant produits, M. Kirmisson décida l'intervention immédiate. Il pratiqua la laparotomie sus-pubienne médiane, et l'ouverture du péritoine donna issue à un flot de pus extrêmement fétide, mélangé de matières fécales. Il déroula l'intestin grêle et trouva une petite perforation située tout au voisinage de son bord mésentérique, perforation qui fut suturée sur-le-champ L'auteur fit un lavage de la cavité péritonéale, draina à la gaze iodoformée et diminua l'étendue de la plaie à l'aide de quelques points de suture. L'amélioration survint après constatation de la présence d'une nouvelle et notable quantité de matières fécales au sixième jour après l'opération. Est-ce que la suture intestinale n'avait pas tenu? Ou bien s'était-il produit une deuxième perforation ? En tous cas, le douzième jour, il y eut disparition complète de matières fécales dans le pansement, et le malade quitta l'hôpital trois semaines après l'intervention, complètement guéri.

M. MONOD présente un cas de *névrite ascendante* : Il s'agit d'un malade qui, pour des troubles névritiques, a dû subir successivement l'amputation du poignet, de l'avant-bras, la compression du nerf, selon la méthode de M. Delorme, l'amputation du bras, la résection de tous les nerfs dans le moignon. Chacune de ces opérations a été suivie de récidive. L'auteur, avec l'aide de M. Chipault, a fait la résection des racines postérieures, et depuis ce malade ne souffre plus.

M. POIRIER cite l'observation d'un de ses malades absolument calquée sur la précédente. Il lui fera également la résection des racines postérieures.

M. ROBERT montre des pièces anatomiques provenant d'un officier qui était atteint d'une *fracture du radius* et qui a succombé à une *gastrorrhagie*. A l'autopsie, on vit qu'il s'agissait d'une tumeur sarcomateuse, située au voisinage du cardia. La tumeur était disposée de telle façon qu'aucune sorte d'intervention chirurgicale n'aurait pu sauver le malade

Marcel BAUDOUIN

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. LE Dr NOIR.

—

VII — Formulaire de Thérapeutique et Pharmacologie ; par MM. DEBOVE et GOURIN. — Rueff, édit., 1898.

VII. — Ce petit formulaire est divisé en trois parties : la pharmacologie, la thérapeutique et les intoxications.

La pharmacologie donne une étude brève mais complète des médicaments classés par ordre alphabétique. Les effets physiologiques, les propriétés thérapeutiques, les indications, les modes d'emploi, les doses, les incompatibilités précèdent les formules.

La partie thérapeutique donne un résumé des traitements et des médications appliqués dans les diverses maladies. Ces dernières sont classées par appareil et non par ordre alphabétique, ce qui donne à ce chapitre plus de cohésion et évite les renvois ou les redites.

L'ordre alphabétique est repris dans le chapitre des intoxications où les symptômes de chaque sorte d'empoisonnement sont énumérés et suivis du traitement à appliquer.

Une table alphabétique termine le petit volume et facilite encore les recherches. Peu volumineux et soigneusement édité, le formulaire de MM. Debove et Gourin est parfait; nous nous permettrons cependant une légère critique. Le formulaire de MM. Debove et Gourin est suivi d'un chapitre dont ils ne sont pas les auteurs, intitulé Eaux minérales, qui précède un autre chapitre de pure réclame intitulé Spécialités. Ce chapitre d'Eaux minérales énumère un certain nombre de stations françaises et étrangères, et nous y regrettons l'oubli de stations françaises importantes, telles que la Bourboule par exemple, quand nous y voyons citer Friedrichshall, Gastein et Fuente-Podrida. Il est évident que c'est là un chapitre d'annonces, mais il est présenté de telle sorte, qu'on est tenté au premier abord d'en attribuer la paternité aux auteurs de l'excellent formulaire qui précède.

VIII. — La Formule médicale ; par Edm. DUPUY. — A. Maloine, édit., 1897.

VIII. — L'auteur expose avec clarté les principes généraux de pharmacologie sur lesquels repose la rédaction et l'exécution des formules. Il étudie d'abord les médicaments internes en général, leur mode d'action, leur élimination, les voies par lesquelles ils pénètrent dans l'économie. Les médicaments externes sont à leur tour l'objet d'un examen détaillé avec la même méthode. Ces chapitres amènent comme conclusion nécessaire la rédaction de la formule. M. Dupuy expose les règles générales de la rédaction d'une ordonnance non seulement au point de vue thérapeutique, mais au point de vue des conséquences médico-légales qui peuvent survenir, et ceci n'est pas la partie la moins intéressante, ni la moins utile de son livre. Des tableaux de posologie complètent heureusement la *Formule médicale* dont la place est indiquée dans la bibliothèque de tout jeune praticien.

IX. — Lexique formulaire des nouveautés médicales : par PAUL LEFERT. — J.-B. Baillière, éditeur, 1898.

IX. — C'est une sorte de dictionnaire où sont tour à tour définis les néologismes médicaux et les médicaments nouveaux, et Dieu sait s'ils sont nombreux, qui ont vu le jour dans ces dernières années.

X. — Formulaire des médicaments nouveaux pour 1898 : par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN. — J.-B. Baillière, éditeur.

X. — Ce formulaire en est à sa neuvième édition et il est scrupuleusement tenu au courant de tout nouvel agent médicamenteux employé en thérapeutique. Nous pouvons signaler comme nouveaux articles ceux qui ont trait à l'acide cacodylique, au candol, à l'hydrogyroseptol, à l'holocaïne, à la phénylpilocarpine, à l'acide picronitrique, à la tannalbine, au pyramidon, etc., etc. Comme le dit M. H. Huchard dans une courte préface, ce formulaire « est non seulement utile, mais indispensable à la fois aux chercheurs, aux praticiens et aux élèves ». Nous regrettons seulement que ce genre de publication ne permette pas d'en faire une analyse J. NOIR.

VARIA

—

La Visite du Président de la République à l'Ecole de Médecine de Paris.

Après avoir visité l'Ecole de Droit, M. Félix Faure s'est rendu ces jours-ci à l'Ecole de Médecine, où il a été reçu par M. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine. M. Brouardel a conduit M. Félix Faure dans le grand amphithéâtre où M. Hutinel faisait son cours et lui a souhaité la bienvenue. M. Hutinel traitait les questions suivantes : du croup, de la diphtérie, du larynx, de la broncho-pneumonie et des effets du sérum.

En terminant son cours, M. HUTINEL, s'adressant aux élèves, leur a dit : « Chaque fois qu'il nous arrive un évènement heureux, nous manifestons notre joie par un ban. La venue de M. le Président de la République étant un évènement heureux entre tous, je vous invite à le saluer. » Un ban nourri a répondu à ces paroles.

Remerciant le professeur et les élèves, le Président de la République a dit qu'il avait pu, dans ses visites aux hôpitaux, constater l'abnégation avec laquelle médecins et internes soignaient les malades : qu'il était heureux d'être venu à l'Ecole de Médecine et d'y avoir été reçu comme un camarade.

Le Président de la République a ensuite visité la bibliothèque et les appartements de M. Brouardel, dont les honneurs lui ont été faits par Mme Brouardel.

Après avoir assisté au cours du Pr Proust sur la transmission de la tuberculose, le Président de la République a quitté à quatre heures et demie l'Ecole de Médecine, salué par la foule, qui attendait sa sortie, boulevard Saint-Germain.

Le Conseil de l'Université de Paris.

Le conseil de l'Université de Paris s'est réuni, cette semaine, sous la présidence de M. Gréard, vice-recteur. — Il a désigné MM. Milne-Edwards, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie, et M. Blanchard, professeur à la Faculté de Médecine, pour représenter l'Université de Paris au *Congrès de Zoologie*, qui aura lieu à Cambridge, le 23 août et jours suivants. — M. Lavisse, professeur à la Faculté des lettres, a fait connaître qu'une personne, qui désire garder l'anonymat, l'a chargé de remettre au conseil de l'Université des valeurs représentant un capital de 52.500 francs produisant une rente de 2.000 francs. Ces 2.000 francs seront employés à subvenir aux besoins d'étudiants français ou étrangers en cours d'études, que des circonstances malheureuses obligeraient à cesser leurs études et que le conseil jugeraient dignes d'être aidés. La subvention sera accordée sous forme de prêts que l'emprunteur remboursera quand il lui sera possible de le faire, sans intérêts. Les sommes qui seront ainsi ultérieurement remboursées devront être employées en prêts et ne pourront être ajoutées au fonds principal. Le conseil accepte avec reconnaissance cette donation.

Il a ensuite autorisé l'ouverture des trois cours libres ci-après désignés.—*Faculté de Médecine* : Le Dr Foveau (de Courmelles) : *la radiographie, la radioscopie et la radiothérapie*. — *Faculté des sciences* : M. Guye, docteur : *électrochimie appliquée*; M. Lamotte, agrégé : *détermination des poids moléculaires*.

M. Gréard a fait connaître que les négociations, relatives à l'emprunt de 1.700.000 francs, dont nous avons parlé et que l'Université de Paris doit contracter pour la construction des bâtiments destinés aux étudiants qui préparent le certificat d'études P. C. N., étaient fort avancées. Le contrat sera incessamment soumis à la ratification du Ministre de l'Instruction publique. Le conseil a clos sa séance par l'examen et le vote du règlement relatif au doctorat de l'Université.

Proposition de Loi sur l'exercice de la Pharmacie.

La Chambre des Députés a adopté, après déclaration de l'urgence, le début de la loi sur l'exercice de la pharmacie. Il ne s'agit pas du projet tout entier revenu du Sénat et qui se compose de trente et un articles, mais seulement de trois articles spéciaux, relatifs, le premier à l'établissement d'un seul diplôme, et les deux autres concernant les pharmaciens et les étudiants étrangers. Voici le texte de cette proposition :

Article premier. — Désormais il ne sera plus délivré qu'un seul diplôme de pharmacien, correspondant au diplôme de 1re classe existant lors de la promulgation de la présente loi.

Il n'est rien innové en ce qui touche le diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe créé par le décret du 12 juillet 1878.

Art. 2. — Les pharmaciens reçus à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront plus exercer la pharmacie en France qu'à la condition d'avoir obtenu le diplôme de pharmacien délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur de pharmacie de l'Etat. Tout étranger, quoique muni du diplôme de pharmacien français, ne pourra exercer la pharmacie en France que si, par réciprocité, un Français pourvu du diplôme de pharmacien délivré par le pays auquel appartient cet étranger peut exercer la pharmacie dans ce pays.

Art. 3. — Les étudiants étrangers qui postulent le diplôme de pharmacien en France seront soumis aux mêmes règles de stage, de scolarité et d'examens que les étudiants français. Un diplôme spécial pourra être délivré aux étudiants étrangers sans leur conférer le droit d'exercer la pharmacie sur aucune partie du territoire français. Les étudiants aspirant à ce diplôme seront soumis aux mêmes règlements et examens que les étudiants français. Toutefois, il pourra leur être accordé en vue de l'inscription réglementaire soit la dispense des grades français requis pour l'inscription, soit l'équivalent des grades obtenus par eux à l'étranger, ainsi que des dispenses partielles de scolarité correspondant à la durée des études faites par eux à l'étranger.

Dispositions transitoires. — Pendant un délai de deux ans à partir de la promulgation de la présente loi, les étudiants pourront être admis à s'inscrire au stage en vue du titre de pharmacien de 2e classe, conformément aux règlements en vigueur. Un règlement d'administration publique fixera l'époque à laquelle le diplôme de pharmacien de 2e classe cessera d'être délivré. Les pharmaciens pourvus du diplôme de 2e classe pourront exercer sur tout le territoire de la République.

Service de santé militaire. Augmentation du personnel médical.

La Chambre des Députés a adopté sans discussion, après déclaration de l'urgence, un projet de loi portant revision de la loi du 6 mars 1882 en ce qui concerne le cadre des médecins et des pharmaciens militaires. Aux termes de ce projet de loi, qui sera sans doute voté par le Sénat sans modifications, le cadre des médecins est fixé à 1.457 au lieu de 1.300, mais il n'est augmenté effectivement que de 107 unités ; la différence provient de ce que les élèves de l'Ecole d'application du service de santé (Val-de-Grace) auront, lorsqu'ils proviennent de l'Ecole du service de santé militaire de Lyon, le grade de médecin aide-major de 2e classe.

La *Semaine Médicale* donne un tableau comprenant la composition du nouveau cadre comparé à l'ancien :

Ancien cadre.		Nouveau cadre.
1	Médecin inspecteur général	1
9	Médecins inspecteurs.	11
45	Médecins principaux de 1re classe	45
45	Médecins principaux de 2e classe.	60
320	Médecins-majors de 1re classe	340
480	Médecins majors de 2e classe	500
300	Médecins aides-majors de 1re classe . .	400
100	Médecins aides-majors de 2e classe.	50
	Médecins aides-majors de 2e classe stagiaires à l'Ecole du Val-de-Grâce	50
1.300		1.457

En outre, le projet de loi porte qu'à l'avenir le nombre des médecins dans les régiments d'artillerie et du génie sera de trois, savoir: un médecin-major de 1re classe, un médecin-major de 2e classe, un médecin aide-major de 1re ou de 2e classe. Dans les escadrons du train, le service de santé sera confié à un médecin-major de 2e classe. En regard de cette augmentation du cadre des médecins, il y a lieu de signaler que le personnel pharmaceutique subit une diminution de 70 unités.

Etablissements particuliers affectés au traitement des malades. — Pouvoirs de l'Administration.

Le Conseil d'Etat vient de statuer sur une question particulièrement délicate. Il s'agissait de savoir quelle est l'étendue des pouvoirs de police d'un maire sur un établissement particulier affecté au traitement des malades. Une demoiselle N..., demeurant à Limoges, reçoit et soigne gratuitement chez elle un certain nombre de malades. Mais le maire de Limoges a pris un arrêté lui interdisant de recevoir aucune personne atteinte de la tuberculose ou autre maladie contagieuse. La demoiselle N... a déféré l'arrêté municipal au Conseil d'Etat pour excès de pouvoir, et il faut remarquer qu'au cours de l'instance le Ministre de l'Intérieur, à qui l'affaire a été communiquée, a émis un avis tendant à l'annulation de cet arrêté. L'avis ministériel se fondait notamment sur ce que l'administration ne pourrait exercer aucune surveillance spéciale sur un immeuble privé où sont reçus des malades, et sur ce que les pouvoirs de police générale du maire ne lui permettent pas de porter atteinte au droit que chacun possède d'user de sa propriété comme il l'entend. Le Conseil d'Etat a rendu un arrêt duquel il résulte que, s'il appartient à un maire d'user de ses pouvoirs de police dans le cas où la requérante aurait négligé de prendre les mesures de précaution nécessaires, il ne peut, sans porter atteinte au droit de propriété, interdire à un particulier de recevoir chez lui aucune personne atteinte de tuberculose ou d'autre maladie contagieuse. L'arrêté du maire de Limoges a donc été annulé. Il faut d'ailleurs remarquer qu'au cours d'une enquête à laquelle il a été procédé par un inspecteur général du service de l'hygiène publique, il a été reconnu que la maison de la demoiselle N... a reçu un aménagement répondant aux exigences de la science et présentant toutes les garanties.

Un empoisonnement d'ordre pharmaceutique, qui n'en est probablement pas un.

L'enfant de M. X..., préparateur naturaliste, est mort après avoir absorbé, dit-on, une potion faite dans une pharmacie, dans laquelle l'élève en pharmacie avait mis par erreur une dose trop forte d'ammoniaque. On a interrogé le pharmacien, dont la responsabilité en cette affaire se trouvait engagée, sur la façon dont l'erreur avait pu être commise ; et voici, à ce sujet, les renseignements qu'il a fournis :

« L'enfant de M. X... était atteint d'une méningite dont la gravité laissait peu d'espoir de le sauver, quand il nous apporta une ordonnance d'un médecin du quartier, qui prescrivait une potion dans laquelle entraient, entre autres éléments, 25 gouttes de liqueur ammoniaquée. Cette liqueur est composée d'alcool, d'un peu d'essence d'anis, pour aromatiser, et d'ammoniaque, qui n'entre que pour un cinquième dans la préparation. Ce médicament se trouve dans toutes les pharmacies préparé d'avance, et, comme mes collègues, j'en possédais plusieurs flacons L'élève, pressé par son client, et ne trouvant pas, sans doute, ces flacons renfermés dans une armoire, résolut, pour ne pas faire trop attendre M. X .., de préparer lui-même la liqueur ammoniaquée. Peut-être alors oublia-t-il les proportions dans lesquelles l'ammoniaque entre dans la composition, et versa-t-il 25 gouttes d'ammoniaque pur dans la potion, qu'il aromatisa ensuite avec un peu d'anis? Toutefois, je dois vous déclarer que mon élève nie absolument avoir commis cette erreur. Il assure avoir préparé le médicament en question conformément aux prescriptions des formulaires. On lui a montré la bouteille qui contenait encore une partie de la potion préparée par lui et, après avoir tenté de la goûter il a affirmé que le contenu de cette bouteille était autre chose que le médicament qu'il avait composé. Quoi qu'il en soit, si l'erreur a été commise, il résulte des expériences que nous avons faites depuis, que la potion préparée même avec 25 gouttes d'ammoniaque ne pouvait être toxique. Aussi, pour nous, l'enfant n'est pas mort empoisonné, mais simplement des suites de sa méningite. Le décès, d'ailleurs, ne s'est produit que deux jours après l'absorption de la potion. Dans quelques jours, l'autopsie du petit cadavre va être faite, et j'espère qu'elle démontrera que l'erreur attribuée à mon élève n'a pu déterminer la mort. »

Il convient d'ajouter que la liqueur ammoniaquée ne figure pas dans le Codex ; sa préparation n'est indiquée que dans les formulaires, qui pour faire autorité ne font pas loi comme le Codex. Or, pour tous les médicaments de ce genre, les médecins, ordinairement, doivent préciser eux-mêmes sur leurs ordonnances les proportions des divers éléments qui les composent. Dans le cas présent, le docteur a négligé de prendre cette précaution et le fait est regrettable, puisqu'elle eût peut-être empêché l'erreur d'être commise, si toutefois il y a eu erreur.

Enseignement médical libre.

Cours libres de la Faculté de Médecine de Paris. — M. le Dr BÉRILLON. Psychologie physiologique et pathologique. Applications cliniques de l'hypnotisme, mardi, samedi, à 5 heures (Amphithéâtre Cruveilhier), mardi 19 avril 1898. — M. le Dr BONNET. Radioscopie et radiographie médicales. Conférences le samedi, à 8 h. 1/2 du soir (Amphithéâtre Cruveilhier). Travaux pratiques. les mardis et jeudis, à 2 heures, salle n° 1 (bâtiments du Musée Dupuytren), samedi 23 avril 1898. — M. le Dr DUNOGIER. Pathologie et thérapeutique dentaires, mercredi, à 5 heures (Amphithéâtre

Cruveilhier), mercredi 28 avril 1898. — M. le Dr FOVEAU DE COURMELLES. Radiographie et radioscopie. Radiothérapie, lundi, à 5 heures (Amphithéâtre Cruveilhier), lundi 25 avril 1898. — M. le Dr GAUBE. Le rapport de l'azote avec la matière minérale. Nutrition minérale, mardi, samedi à 4 heures (Amphithéâtre Cruveilhier), mardi 15 mars 1898. — M. le Dr Georges PETIT. Stomatologie : clinique et thérapeutique, jeudi, à 5 heures (Amphithéâtre Cruveilhier), jeudi 21 avril 1898.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 13 mars au samedi 19 mars 1898, les naissances ont été au nombre de 1.191, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 448, illégitimes, 165. Total, 613. — *Sexe féminin* : légitimes, 423, illégitimes, 155. Total, 578.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 13 mars au samedi 19 mars 1898, les décès ont été au nombre de 1.063, savoir : 537 hommes et 526 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M 1, F. 6. T. 7.— Typhus : M. 0, F 0, T. 0.— Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M 12, F. 11, T. 23 — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 1, F. 2, T. 3. — Diphtérie, Croup : M. 3, F. 6, T. 9. — Grippe : M. 3, F. 6, T. 9. — Phtisie pulmonaire : M. 127, F. 81, T. 208. — Méningite tuberculeuse : M. 5, F. 8, T. 13. — Autres tuberculoses : M. 23. F. 8, T. 31. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 2, T. 2. — Tumeurs malignes : M. 13, F. 42, T. 55. — Méningite simple : M. 14, F. 18, T. 32. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 20, F. 24, T. 44. — Paralysie, M. 7, F. 2, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 0, F. 6, T. 6.— Maladies organiques du cœur : M. 37, F. 48, T. 85 — Bronchite aiguë : M. 11, F. 10, T. 21.— Bronchite chronique : M. 21, F. 14, T. 35.— Broncho-pneumonie : M. 39, F. 35, T. 74. — Pneumonie : M. 14, F. 21. T. 35. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 22, F. 34, T. 56.— Gastro-entérite, biberon : M. 14, F. 12, T. 16. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 3, T. 6. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 2, T. 4. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 16, F. 20 T. 36. — Sénilité : M. 12, F. 28, T. 40. — Suicides : M. 8, F. 2, T. 10. — Autres morts violentes : M. 5, F. 7, T. 12. — Autres causes de mort : M. 103, F. 56, T. 159. — Causes restées inconnues : M. 1, F. 6, T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 65, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 15, illégitimes, 14, Total : 29. — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illégitimes, 10. Total : 36.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — *Concours d'Agrégation* (chirurgie et accouchements). — Leçon de trois quarts d'heure (suite). — CHIRURGIENS : MM. Capman : *Retards de consolidation et pseudarthrose : des diverses variétés de pseudarthroses.* Auvray : *Tuberculose du testicule.* Raymond : *Du pied bot congénital non paralytique.* Lefort : *Des nécroses des os du crâne.* André : *Les vaginites.* Villemin : *Syphilis ano-rectale.* Imbert : *Tuberculose cæcale.* Tailhefer : *Les grenouillettes.* Albertin : *Kystes de la mamelle.* Vitrac : *Tumeurs solides des ovaires.* Chamayou : *Ulcérations du rectum (cancer excepté).* Martel : *Phlegmon infectieux du plancher de la bouche.* Vanverts : *Infiltration d'urine.* Delbet : *Ankylose de la hanche.* Bérard : *Blessures du poumon par arme à feu.* Gaudier : *De l'actinomycose.* Demoulin : *Fracture du tiers moyen du fémur.* Rivière : *Du genu valgum.* Villard : *Méningocèle et encéphalocèle.*

ACCOUCHEURS. — MM. Audebert : *Diagnostic de la grossesse extra utérine.* Demelin : *Des phlébites pendant la puerpéralité.* Wallich : *Indications de l'application du forceps.* Potocki : *Des vomissements pendant la grossesse.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Exercices opératoires* sous la direction de MM. le Pr TERRIER et HARTMANN. — *Deuxième cours.* — M. le Dr DELBET, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, a fait sa première démonstration, le lundi 28 mars 1898, à 1 heure 1/4 précise, pavillon n° 7.

Vacances de Pâques. — A l'occasion des fetes de Pâques, les cours vaqueront dans les Facultés du 3 au 17 avril 1898.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MARSEILLE. — Par décret, il est crée une chaire de zoologie agricole à la Faculté des sciences de Marseille. Cette chaire est instituée en vertu d'une fondation du département des Bouches-du-Rhone et de la ville de Marseille. M. VAYSSIÈRE, docteur ès sciences, chargé de cours à la Faculté des sciences de Marseille, est nommé titulaire de cette nouvelle chaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. le Dr SARDA, agrégé, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Montpellier, est nommé professeur de médecine légale et toxicologie à cette Faculté.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — Un concours s'ouvrira, le 5 décembre 1898, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant à la chaire de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours. — La session pour les examens du doctorat (ancien et nouveau régime) s'ouvrira à l'Ecole de Médecine de Nantes, le mercredi 6 avril prochain, sous la présidence de M. R. Blanchard, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. le Dr DELOTTE, suppléant, est nommé professeur de pathologie médicale, en remplacement de M. Dérignac, décédé. — M. le Dr Albert THOUVENET, suppléant, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. P. Lemaistre, mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *King's College de Londres.* — M. le Dr W. J. SIMPSON est nommé professeur d'hygiène, en remplacement de M. Ch. Kelly, démissionnaire.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Sur l'avis du Conseil supérieur de santé, le Ministre de la Marine a accordé des témoignages officiels de satisfaction à MM. les Drs Prat, Piton, Dufourcq et Titi

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES ET PAYS DE PROTECTORAT.— *Nominations à l'emploi de médecin stagiaire* : MM. les médecins auxiliaires de 2e classe de la marine Abadie-Bayro, Briand, Brisemur, Brouillard, Cadet, Colin, Damond, Dardenne, Delaune, Fargier, Gaimard, Grandmaire. Guillemet, Imbert, Joly, Le Corre, Le Groignec, Lemasle. Letonturier, Maille, Marrain, Pélofi, Perrot, Petit, Pujol, Savignac, Sautarel, Thomas-Derevoge et Westermann.

HOMMAGE SYMPATHIQUE. — Les élèves et amis de M. POIRIER, désireux de lui témoigner leur reconnaissance, se sont réunis dans le but de lui offrir un souvenir, au moment où il va quitter l'Ecole pratique. — Priere d'adresser les souscriptions, jusqu'au 15 avril, soit aux prosecteurs en exercice, soit à M. Delahousse, chef du matériel à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine.

BANQUET DE L'INTERNAT. — Le banquet annuel de l'Internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu samedi 30 avril prochain, à 7 heures et demie. dans la salle des Fêtes, 9, avenue Hoche. Il sera présidé par M. le Pr Caubet (de Toulouse).

L'INCINÉRATION DES BALAYURES A MONACO. — Le 22 mars a eu lieu, à Monaco, en presence du prince Albert Ier, l'inauguration du four à incinération des balayures. Construite sur la plage de Fontvielle, à l'extrémité Ouest, cette usine constitue une innovation, digne d'être signalée au point de vue de la salubrité publique. Nous rappellerons, à cette occasion, l'attention de nos lecteurs, surtout de ceux qui font partie des conseils d'hygiène et des conseils municipaux, sur le très remarquable rapport fait au Comité consultatif d'hygiène de France par notre ami et collègue le Dr Du Mesnil...

CENTENAIRE. — Le *Petit Var* du 23 mars publie la dépêche suivante : « Le 19 du courant est décédée à Cuers la nommée Claire Ravel, célibataire, âgée de 99 ans et 6 mois. C'était la personne la plus âgée de notre commune. »

LA PESTE A L'ILE MAURICE. — *Un navire suspect.* — Depuis quelques jours est en rade de l'île Maurice un vapeur de la Péninsulaire Orientale, qui est cause d'une grande anxiété ; ce vapeur est le *Brindisi* qui a quitté Bombay le 16 décembre et est arrivé le 1er février, après avoir touché à Falsepointe et à Balazore. Aussitot après avoir jeté l'ancre au mouillage de quarantaine, le capitaine informa le médecin de la santé qu'un homme de l'équipage avait des glandes qu'il attribuait à une maladie sans gravité. Le comité de quarantaine décida d'envoyer à bord un docteur pour examiner le malade. Le Dr Momple constata l'existence de *bubons à l'aine et à l'aisselle.* Il demanda alors à inspecter tous les hommes de l'équipage au nombre de 87 et découvrit, sur 26 d'entre eux, des glandes indurées aux mêmes endroits que sur le premier. Il adressa en conséquence au directeur de la santé un rapport, où, sans se prononcer d'une manière précise, il suggéra l'idée de faire l'analyse bactériologique du sang des malades. Le comité de quarantaine décida à l'unanimité de maintenir le *Brindisi* en quarantaine jusqu'à ce qu'il fût prouvé qu'il n'était pas infecté. On apprend que le gouverneur refusa d'approuver la décision du comité de quarantaine, sous prétexte que la loi ne permet pas de détenir un navire au delà de la période fixée, sauf avec l'assentiment du capitaine. Les doc-

teurs demandèrent au capitaine du *Brindisi* de rester provisoirement en quarantaine ; mais celui-ci refusa catégoriquement et le navire entra aussitôt en rade. Une démarche fut faite auprès des malades, qui tous, refusèrent de donner quelques gouttes de leur sang pour être analysées. Le journal le *Cernéen*, au nom de la population mauricienne, proteste énergiquement contre un pareil abus dont les conséquences pourraient être terribles pour la colonie.

Congrès d'Hygiène et de Démographie de Madrid. — Au conseil municipal de Paris, M. le Dr Navarre, président, a donné lecture d'une invitation qui lui a été adressée par le *Congrès d'hygiène et de démographie* qui se réunit cette année à Madrid. M. Navarre a informé ses collègues que le bureau du Conseil l'a désigné pour le représenter aux séances du congrès et il a invité la 5e et la 6e commission à désigner chacune un de ses membres pour composer la délégation de la Ville de Paris.

Congrès international de Médecine de 1900 a Paris. — M. Félix Faure, président de la République, a reçu M. le Pr Lannelongue, président du congrès international de Médecine, qui doit se tenir en 1900, accompagné du secrétaire général, M. Chauffard, qui lui a demandé de vouloir bien présider la première séance de ce congrès. Le Président de la République a accepté cette invitation et il a assuré M. Lannelongue du vif intérêt que, dès à présent, il portait au congrès international de Médecine.

Congrès international de Physiologie. — Le quatrième congrès international de Physiologie se tiendra à Cambridge, du 23 au 27 août 1898.

Médecins Candidats Députés. — La candidature de M. Dubuisson, médecin à Châteauneuf-du-Faou, au siège de député dans la 2e circonscription de Châteaulin, en remplacement de M. Gourvil, qui ne se représente pas, a été adoptée dans un congrès tenu à Carhaix. — Notre collaborateur et secrétaire de rédaction depuis plus de dix ans, M. le Dr Marcel Baudouin, Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris, Directeur-fondateur de l'*Institut de Bibliographie*, maire de La Barre-de-Mont (Vendée), sera candidat républicain progressiste dans la 2e circonscription de l'arrondissement des Sables d'Olonne (Vendée), actuellement représentée à la Chambre par le pur sang royaliste, M. Baudry d'Asson. — Les radicaux de l'arrondissement de Murat (Cantal), dirigés par M. Baduel, sénateur, ont adopté la candidature du Dr Peschaud, maire de Murat et conseiller général, contre M. Francis Charmes. — Aux prochaines élections législatives de la Seine, M. Georges Grimaux pose sa candidature dans le 6e arrondissement (quartier de l'Odéon et de la Monnaie). Il se présente comme républicain démocrate. Il est le fils de l'éminent chimiste, ancien professeur à l'Ecole Polytechnique, qui, en des termes qu'on n'a pas oubliés, a déposé dans le procès Emile Zola. — Dans les Hautes-Pyrénées, une grande partie des éleveurs de la 1re circonscription de Tarbes ont offert la candidature à M. Lafargue-Tauzia, inspecteur général des haras. Cette circonscription est aujourd'hui représentée par M. le Dr Pédebidou, radical. Les médecins-députés n'ont pas de chance. — En Maine-et-Loire, M. le Dr Guignard, député de la 1re circonscription d'Angers, vient d'écrire à ses électeurs qu'il se retire et ne sera pas candidat aux prochaines élections. M. Guignard, ancien maire d'Angers, a soixante-neuf ans ; il avait été élu pour la première fois en 1893 par 11.229 voix contre 8.333 à M. Bodinier, conservateur.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr G. Maurange (de Paris) est nommé officier de l'Instruction publique.

Récompenses. — Le Ministère de l'Instruction publique publie l'avis suivant : Le prix d'histoire et d'archéologie américaines, d'une valeur de 5.000 francs, fondé par M. Angrand, a été décerné à M. le Dr Hamy, pour l'ouvrage intitulé : *Galerie américaine du musée d'ethnographie du Trocadéro, choix de pièces archéologiques et ethnographiques.*

Comité Duchenne de Boulogne. — Un comité, ayant à sa tête le maire de Boulogne-sur-Mer et plusieurs hautes personnalités du monde savant, vient de se former dans le but d'élever un monument à Duchenne, de Boulogne, le savant clinicien qui a écrit à lui seul tout un vaste chapitre de la pathologie nerveuse et créé de toutes pièces l'électrothérapie.

Le Monument Charcot. — La 3e commission du Conseil municipal de Paris a proposé d'autoriser le comité du monument Charcot à élever l'œuvre de Falguière sur la place de l'hospice de la Salpétrière. Cette proposition a été adoptée.

Hopitaux de Paris. — *Concours de chirurgie.* — Voici quel était le sujet de la composition écrite : *Région du creux axillaire; luxation ancienne de l'épaule.*

Hopitaux d'Angers. — M. le Dr Feillé est nommé médecin honoraire; M. le Dr Dezanneau est nommé chirurgien honoraire; M. le Dr Vaslin est nommé médecin de l'Hotel-Dieu ; M. le Dr Thibault, médecin des hospices. — Le concours de *médecin-adjoint des hôpitaux* s'est terminé par la nomination de M. le Dr Maugourd, ancien interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers. — Le concours de *l'externat* s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Poussin, Rousseau, Rozé, Charbonneau, Gruget, Audoin, Boivin (Louis), Gauron, Jammin, Kieffer et Leroy.

Nécrologie. — M. le Dr Lebled, beau-père de M. le Dr Mathieu, médecin des hôpitaux. Il était un ancien interne des hôpitaux (promotion de 1844). Il avait débuté comme préparateur au cours de Chassaignac. Le très vif succès de ce cours avait été assuré par le talent d'exposition du professeur et aussi par le scalpel remarquable de son préparateur. Chef de clinique du Pr Rostand, Lebled a eu la consolation de voir la fille de son illustre maître venir adoucir ses derniers moments. Lebled laisse le souvenir d'un praticien modeste, instruit, consciencieux et du dévouement le plus absolu à ses malades. (*Gaz. des Hôp.*). — M. le Dr Gustave-Etienne Thibierge, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé le 23 mars 1898 dans sa 73e année, à Paris. C'était le père de notre maître et ami, M. le Dr Georges Thibierge, médecin des hôpitaux de Paris. — M. le Dr Mas, ancien député de Millau, est mort cette semaine à l'âge de 88 ans, dans son domaine des Bories, près Recoules, canton de Sévérac-le Château. Elu député en 1876, M. Mas fit partie des 363. Il fut réélu le 14 octobre 1877 et le 21 août 1881. Après les élections de 1885, M. Mas dont la santé était ébranlée, quitta la vie politique et, depuis lors, il vécut loin des affaires politiques, honoré de l'estime de tous ses concitoyens. — M. le Dr Lazuttes (d'Ouveillan). — M. le Dr Jean Tarneau, médecin principal de 1re classe en retraite. — A Roubaix, une des nuits dernières, vers une heure, au hameau de la Croix-Rouge, à Tourcoing, une dispute surgit entre un boulanger et un pharmacien, M. Dubus. Ce dernier, furieux, tira un revolver de sa poche et logea plusieurs balles dans le corps de son adversaire. Puis, le voyant tomber, il se tira une balle dans la tête et se tua net.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Pitié. — *Conférences cliniques sur les maladies nerveuses.* — M. le Dr Babinski : Le samedi, à 10 h. 1/4 du matin.

Maladies de la Nutrition. — M. le Dr Albert Robin, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Paris, lundi 9 h. 1/2. — *Objet du cours* : Retentissement des maladies de l'estomac sur l'appareil urinaire et le système nerveux : 1° albuminurie, phosphaturie, diabète dyspeptique ou glycosurie dyspeptique ; 2° vertige, migraine, neurasthénies dyspeptiques. — Enfin le cours sera terminé par deux leçons dans lesquelles M. Robin traitera : 1° des procédés à l'aide desquels on peut déterminer le mode d'action d'un médicament, 2° des indications sur lesquelles on doit se baser pour fixer le traitement d'un malade.

Hôpital Broca, 111, rue Broca. — *Leçons cliniques de Gynécologie.* — M. le Dr S. Pozzi, vendredi à 10 heures du matin. — Le mercredi, de 9 à 10 heures, démonstrations d'*Histologie pathologique* (Gynécologie), par le Dr Latteux, chef du laboratoire de l'hôpital Broca. Lundi et mercredi, à 10 h., opérations.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

Hôpital Trousseau. — M. Kirmisson. — Leçons cliniques les mardis et samedis, à 10 heures.

Hôpital Laennec. — M. Paul Claisse, médecin des hôpitaux, commencera le vendredi 25 mars, à dix heures, à l'hôpital Laënnec, des conférences cliniques (salle de consultation) et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

[illegible]aris. — Imp. Goupy, G. Maurin, Succr, rue de Rennes [illegible].

3e SÉRIE. T. VII. N° 15. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 9 AVRIL 1898

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

Idiotie complète congénitale ; amélioration considérable par le traitement médico-pédagogique ;

Par **BOURNEVILLE**.

Depuis l'origine de ces *Comptes-rendus* annuels jusqu'à ce jour, nous avons surtout publié, en outre des mémoires sur la thérapeutique, des observations anatomo-pathologiques afin de faire connaître les différentes lésions qui produisent les idioties. Nous serons moins exclusifs dans l'avenir et nous relaterons chaque année quelques observations démontrant d'une façon indiscutable les excellents résultats que l'on peut obtenir du *Traitement médico-pédagogique*, reposant sur la *Méthode physiologique*.

SOMMAIRE. — *Père eczémateux, nombreux excès de boisson. — Mère migraineuse. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 2 ans. — Sœur morte de convulsions.*
Conception dans l'alcoolisme. — Albuminurie durant la grossesse. — Cris nocturnes et diurnes. — Premières dents à 6 mois. — Balancement du tronc. — Cognements de tête (Krouomanie). — Pas de convulsions (?).
A l'entrée marche et parole nulles. — Gâtisme. — Salacité — Préhension très imparfaite. — Accès de colère. — Ophtalmie. — Septembre 1884 : l'enfant sait marcher.
1885 : *Développement de la parole ; diminution du gâtisme, etc*
1886 : *Disparition du gâtisme, diminution du balancement et des accès de colère, etc.*
1887-1890 : *Amélioration progressive avec des périodes de progrès et de paresse.*
1891 : *Description du malade.* — 1892-1897 : *Evolution physique et intellectuelle. — Progrès scolaires. — Apprentissage. — Résultats.*

Dup.. (Marius), né à Paris le 30 juillet 1881, est entré dans notre service le 22 juillet 1884.

Antécédents *(Renseignements fournis par sa mère).* — PÈRE, 35 ans, coupeur-tailleur, grand, fort, caractère calme, fume quotidiennement 20 centimes de tabac, nombreux *excès de boisson*, surtout d'absinthe, jusqu'à onze par jour, court les femmes, rentre ivre presque tous les jours ; n'aurait pas eu de convulsions de l'enfance, n'offrirait aucun accident nerveux, mais serait sujet à des poussées d'eczéma. Aucun indice de syphilis.

Famille du père. — Son *père*, paveur, sobre, a succombé à une maladie du cœur. — Sa *mère*, d'un caractère calme, est en bonne santé. — Nul renseignement sur ses *grands-parents paternels* et sur sa *grand'mère maternelle.* — Le *grand-père maternel* est mort à 84 ans des suites d'une chute. — Rien à mentionner dans le reste de la famille qui est peu nombreuse.

MÈRE, 33 ans, couturière, en bonne santé, physionomie régulière, peu nerveuse, pas de convulsions de l'enfance. — Réglée à 13 ans, mariée à 20 ans, *migraineuse* depuis l'âge de 9 ans. Ses migraines viennent avant ou après les règles, durent deux jours : céphalalgie, brouillard « au point que je ne distingue rien », étincelles, vomissements abondants, bilieux et aqueux qui terminent l'accès. Le mariage a augmenté les migraines, les grossesses et l'allaitement les ont suspendues : elles revenaient quand les règles réapparaissaient après le sevrage.

Famille de la mère. — *Père*, sobre, en bonne santé (1). — *Mère* morte de l'influenza. Nul détail sur les *grands-parents* des deux côtés. — Il n'y aurait eu aucun cas de maladies nerveuses dans le reste de la famille.

Pas de consanguinité. (Père et mère de Lille). — Inégalité d'âge de deux ans.

5 *enfants* : 1° garçon, 10 ans 1/2, intelligent, pas de convulsions (2) ; — 2° fille morte à 14 mois après avoir eu des *convulsions* pendant huit jours ; — 3° fille, sept ans, intelligente, pas de convulsions (3) ; — 4° notre malade ; — 5° fille, née en 1889, postérieurement aux premiers renseignements, intelligente, pas de convulsions.

Notre malade. — La mère de l'enfant est convaincue que la *conception* (4) a eu lieu pendant l'*ivresse alcoolique*. — *Grossesse* accompagnée d'œdème généralisé à partir du 5e mois dû à l'*albuminurie* (5) ; pas d'éclampsie, ni de syncope, etc. — *Accouchement* à terme, naturel, toutefois la tête serait restée 1/2 heure au passage ; présentation du sommet, eau amniotique en quantité considérable. — A la *naissance*, très fort, non asphyxié, pas de cordon autour du cou. Nourri au sein par sa mère jusqu'à 2 mois, puis élevé à la campagne, au biberon, avec du lait de vache. Repris par sa mère à 11 mois. Il ne marchait pas : « c'est ici qu'il a appris à marcher », n'était pas propre, mangeait tout ce qu'il trouvait à sa portée, du charbon, ses matières fécales. *Il poussait des cris nuit et jour*, d'où des plaintes incessantes des voisins, qui deux fois ont obligé les parents à déménager. — Il aurait eu ses deux premières dents à 6 mois. — A l'entrée la dentition n'était pas complète. — Balancement continuel du tronc d'avant en arrière ; cognements de tête contre le dossier de sa chaise, les murs, coups de poings sur la tête. — Ni grincements de dents, ni congestion de la face. Constipation habituelle. D.. est assez affectueux, aime qu'on l'embrasse. — Il mord ses frères et sœurs ou les autres enfants quand ils l'approchent. On ne sait pas s'il a eu des convulsions en nourrice. Il n'en aurait pas eu depuis son retour jusqu'à ce jour. Onanisme constaté dès son retour de nourrice : « il s'adonnait à ses mauvaises habitudes dès qu'il n'avait plus personne auprès de lui ».

Vacciné à 13 mois ; varioloïde légère à 2 ans ; aucune autre maladie infectieuse. — Nulle manifestation scrofuleuse. — Pas de traumatismes. Ni vers, ni onanisme. (La mère attribue la maladie à l'*alcoolisme* du père).

1884. Ici devrait figurer la *description* du malade à son entrée. Malheureusement, son observation, comprenant ses *antécédents*, que nous avons pu reconstituer, son état en 1884, les mensurations, le poids, la taille, et les notes médicales, a été perdue en 1890, de telle sorte que, durant cette période (1884-1890), il ne nous est resté que les notes recueillies à la petite école et que nous allons résumer.

2 juillet. — D... est gâteux. Il se tient mal à table, essaie de se servir de la cuiller, mange malproprement. Il est gourmand, non vorace, ne vole pas les aliments de ses camarades, boude quand il voit donner des friandises aux autres et non à lui. Il est méfiant, cache son pain dans la crainte qu'on ne le lui vole et entre dans une violente colère si un enfant est parvenu à s'en emparer. — Il est caressant, très

(1) Mort en 1891 à l'âge de 77 ans, on ne sait de quoi : ni démence, ni paralysie.

(2) Marié, trois enfants intelligents (note de 1898).

(3) Mariée, maintenant, pas d'enfant.

(4) Les premières conceptions auraient eu lieu en dehors de l'alcoolisme ; les excès de boisson alors étaient moins fréquents. Sur les conseils d'un médecin, après notre malade, elle aurait refusé tout rapport quand son mari était ivre, d'où le bon état du dernier enfant.

(5) Elle aurait eu également de l'albuminurie à la 5e grossesse, mais pas aux 3 premières.

timide, jaloux, entêté, boudeur, un peu sombre, rit rarement. Bien que faible, il aime à frapper, on a noté de fréquents *accès de colère* : se jette à terre, cogne sa tête contre les murs et les portes. Il balance le corps d'avant en arrière et plus on s'y oppose plus il se balance. — La *parole* est limitée aux mots : papa, maman, non, qu'il prononce assez distinctement. Il sait assez bien se faire comprendre quand il désire quelque chose. (*Fig.* 38).

Août-septembre. — Ophtalmie légère à deux reprises. — L'enfant, à présent, sait marcher.



Fig. 38. — Dup... à 3 ans (août 1884).

1885. *Janvier-mars.* — Otite.

Août. — La *parole* se développe progressivement. D... est devenu de moins en moins gâteux et demande le plus souvent quand il a besoin. — Il a été possible, à la fin du mois, de le mettre en pantalon. — L'habitude du balancement tend à disparaître. Les accès de colère sont plus rares. Il est moins jaloux et joue indistinctement avec ses camarades.

1886. *Janvier.* — L'amélioration continue. D... est maintenant très attentif à l'école. En promenade, il s'intéresse à tout ce qu'il voit, demande des explications. Il fait bien tous les exercices de la petite gymnastique. Sa tenue est bonne.

Mars. — D... est devenu maintenant tout-à-fait propre. Il sait se laver, se déshabiller et s'habiller seul. Il se sert convenablement de la cuiller et de la fourchette, mais pas encore du couteau. Il est moins gourmand. La parole est parfaitement développée. Bien que, en classe, il soit encore très peu attentif et se dérange sans cesse de sa place, il est parvenu à connaître toutes les lettres, les couleurs, à placer quelques-unes des figures géométriques (cercle, ovale, carré), à compter sur le boulier jusqu'à 50 et à nommer la plupart des objets contenus dans les boîtes de leçons de choses. Il commence à lacer, nouer, boutonner. Le balancement a disparu. D... aurait de la tendance à l'onanisme. On note encore des accès de colère durant lesquels il est très grossier.

Décembre. — État stationnaire. Mauvaise tenue en classe ; fréquentes colères dans lesquelles il injurie tout le monde, frappe ses petits camarades.

1887. *Mars.* — D... est plus calme, travaille mieux, compte jusqu'à 60. Ses connaissances usuelles augmentent. Il sait dire son âge, son nom, celui de ses parents, leur métier, leur adresse, etc. (*Fig.* 39).

1888. *Avril.* — L'amélioration continue. La tenue est meilleure. Il a appris le nom des étoffes, des surfaces, des solides, distingue les voyelles des consonnes. Il a été impossible d'obtenir qu'il trace des bâtons, même sur l'ardoise.

Décembre. — D... s'applique bien et prend goût à l'écriture.

1889. *Janvier-juin.* — Séjour à l'infirmerie pour des fissures anales.

Décembre. — Les connaissances usuelles ont notablement augmenté. D... commence à assembler les lettres, en trace quelques-unes sur le cahier (*Fig.* 40).



Fig. 39. — Dup... à 6 ans (août 1887).

1890. *Décembre.* — D... se tient bien, n'est plus grossier et si, parfois, on est obligé de le réprimander, il reconnait ses torts, pleure et promet de ne pas récidiver. Il craint surtout qu'on signale à sa mère ses écarts de conduite. Il a une notion assez exacte du bien et du mal, n'est plus aussi jaloux et affectionne ses camarades. Il syllabe assez bien, fait de



Fig. 40. — Dup... à 8 ans (août 1889).

petites copies, des additions de nombres simples. Il répond nettement aux questions. — La marche, la course, le saut, la montée et la descente des escaliers s'exécutent facilement. L'enfant se sert de la fourchette et du couteau, mâche bien, n'offre aucun trouble de la digestion. D... est ordonné, se donne seul tous les soins de toilette.

Organes génitaux. — Verge courte, peu volumineuse. Prépuce long, gland découvrable, méat normal. Testicules égaux, de la grosseur d'une olive.

1891. 21 *avril*. — **État actuel**. — Le visage de l'enfant a une coloration uniformément rosée. Les conjonctives et les lèvres sont colorées. Sous la peau on sent une couche de graisse assez abondante, sans qu'il y ait réellement adipose. La peau est glabre, sans cicatrices autres que celles du vaccin, sans éruption, sauf une légère desquamation eczémateuse. On trouve deux petits ganglions dans la région sous-maxillaire gauche : rien ailleurs.

Le *crâne*, de volume et de forme normaux, est symétrique. Les bosses frontales et pariétales sont légèrement saillantes. La bosse occipitale est proéminente. Les cheveux d'un blond clair, assez abondants, fins, empiètent en avant sur la région frontale. Le tourbillon postérieur est normal. — Le *front* est large, peu élevé.

Le *visage* régulièrement ovale, avec un léger abaissement de la commissure labiale et de la narine du côté droit, offre une expression plutôt intelligente ; elle est mobile et reflète les sentiments éprouvés par l'enfant. Les arcades sourcilières sont peu saillantes. Sourcils clairs, châtains, peu fournis, séparés par un intervalle de 15 millimètres. Paupières normales, cils longs, nombreux. Iris bleu foncé, pupilles égales, réagissant bien à la lumière. Aucun trouble fonctionnel, aucune lésion des yeux. Le champ visuel est naturel. D... connait toutes les couleurs. — *Nez* petit, droit avec une ouverture prononcée des narines. *Odorat* normal. — Pommettes régulières, sans saillie exagérée. Sillons naso-labiaux à peine accusés. — *Bouche*, assez largement fendue, presque ouverte. Lèvres épaisses, un peu renversées. Langue normale. Voûte palatine fortement ogivale. Luette petite. Amygdales assez grosses. L'enfant est sujet aux amygdalites. Toutes ces parties semblent n'avoir qu'une sensibilité obtuse qui permet facilement et sans provoquer le réflexe nauséeux l'exploration du pharynx. — *Menton* arrondi, sans fossette. — *Oreilles* longues, épaisses, bien ourlées, fortement écartées du crâne, ayant une conformation assez particulière : les deux tiers supérieurs du pavillon forment avec le tiers supérieur un angle obtus, de sorte que la conque présente bien réellement la forme d'une conque profonde, presque hémisphérique (1). Le lobule est épais, régulier, nettement détaché. De temps en temps, l'oreille est le siège d'un érythème compliqué de tuméfaction.

Cou plutôt court, assez gros, 26 centimètres de circonférence. On sent assez distinctement les lobes latéraux du corps thyroïde.

Thorax et *abdomen*, rien de particulier. L'auscultation et la percussion sont négatives. Tout le corps est glabre. Les *organes génitaux* n'offrent pas de modification sensible par rapport à la note précédente.

Les *membres supérieurs* et *inférieurs* sont normaux, dans tous leurs segments. État ichthyosique de la peau des cuisses et des genoux.

La *sensibilité générale* est normale dans ses différents modes. Les réflexes sont physiologiques.

Traitement : application régulière de la méthode médico-pédagogique ; — antiscrofuleux en hiver ; — hydrothérapie chaque année du 1er avril au 1er novembre.

24 *avril*. — Sa mère trouvant son enfant très amélioré le prend en congé renouvelable (*mars*) et vient à la fin d'*avril* demander sa sortie que nous accordons à regret, craignant qu'il ne perde en partie ce que nous avons si laborieusement obtenu.

1892. 19 *mai*. — L'enfant étant devenu désagréable, désobéissant, répondeur, n'apprenant plus aussi bien à l'école où il a été envoyé depuis sa sortie et enfin pour qu'il n'assiste plus aux scènes entre son mari, toujours ivrogne, et elle, sa mère l'a placé à l'Asile clinique d'où il nous arrive aujourd'hui.

Juin. — L'évolution physique a continué. L'enfant est très craintif, très susceptible, n'aime pas les reproches et pleure dès qu'on le réprimande.

Lecture assez courante, sans expression. D... commence à faire de petites dictées sur les mots usuels. Depuis sa sortie, il a appris à connaître les nombres et à faire des additions, des soustractions, mais peu compliquées.

Traitement : École, gymnastique, hydrothérapie.

Juillet. — D... est très difficile à tenir en ce moment ; fait sans cesse de mauvaises niches à ses camarades, plante des aiguilles ou des clous dans les chaises ; au concert des frères Lionnet, il s'est amusé à piquer les petites filles placées devant lui avec des épingles. (*Fig.* 41).

Décembre. — L'enfant est très paresseux, refuse souvent de lire et de faire ses devoirs, ricane, si on le réprimande. Il exécute très bien tous les mouvements de la petite gymnastique. Envoyé à l'*atelier des tailleurs*, il paraît prendre goût au métier.



Fig. 41. — Dup... à 11 ans (juin 189.).

1893. *Avril*. — D... est devenu très raisonnable, travaille bien à l'école, n'aime pas rester inactif, ne ricane plus, son écriture devient meilleure : il raisonne bien, sa tenue est soignée, même coquette : il mange proprement, n'est plus gourmand, toutefois on a remarqué une tendance à boire le vin de ses camarades.

Juin. — D... est dans une mauvaise période, se moque de tout ce qu'on lui dit, est très obstiné, taquine ses camarades, déchire les cahiers, casse les porte-plumes, etc.. Sa tenue est mauvaise : il fait du bruit le soir au dortoir. (*Fig.* 42).

Décembre. — Même état. Il cherche à fumer, ne veut rien faire, se moque de tout le monde, sa tenue est mauvaise, il faut l'obliger à se laver les mains, la figure, etc.

Aucun indice de *puberté*. Verge longueur et circonférence 5 cent. On ne sent pas le testicule gauche bien qu'autrefois on ait noté sa présence dans les bourses.

1894. *Décembre*. — Amélioration notable. D... lit très couramment, écrit convenablement, connait tous les objets usuels leur usage, les couleurs, a la notion du temps. Il est docile, propre et soigneux, il travaille bien en classe, écoute attentivement les explications et comprend. A l'atelier, il continue à faire des progrès.

Septembre. — D... passe de la petite à la grande école

1895. *Janvier-Juin*. — L'amélioration continue ; D... commence à savoir la table de multiplication ; il est soigneux, se conduit bien, est assez habile à la gymnastique. A l'atelier de couture, progrès sensible : il sait faire l'habillement complet et travaille à la machine. De temps en temps, périodes de paresse, est plutôt à l'atelier qu'à la classe. (*Fig.* 43).

Puberté : léger duvet sur la lèvre supérieure. Quelques

(1) Nous avons toujours soin de noter la configuration des oreilles. Nous aurons occasion prochainement de résumer nos constatations et de représenter les malformations les plus intéressantes (*Oreille idiote*).

poils au pénil. Verge : circonférence et longueur 6 cent. Testicules de la grosseur d'un petit œuf de pigeon.



Fig. 42. — Dup... à 13 ans (juin 1894).

8 juillet. — Au dire du veilleur, D... aurait eu pendant la nuit, un accès *d'épilepsie*; il n'en avait jamais eu avant, il n'en a jamais eu depuis.

10 juillet. — Sommeil agité : cauchemars, paroles inintelligibles, menaçantes.



Fig. 43. — Dup... (14 ans et demi, janvier 1896).

1896. *Janvier.* — Progrès assez sensibles en classe. L'enfant profite surtout des leçons de choses auxquelles il s'intéresse beaucoup. De temps en temps, il se montre dissipé et joueur. Docile, poli et soigneux de sa personne et de ses vêtements jusqu'à la coquetterie. Le maître tailleur est très content de lui, il travaille très bien à la machine. Va bien à la gymnastique et au chant.

Puberté: Duvet sur la lèvre supérieure et les joues, poils peu abondants au pénil. Le reste du corps est glabre. —



Fig. 44. — Dup... à 15 ans (juin 1896).

Verge : longueur, 7 cent.; circonférence, 8 cent. Poils rares à l'anus. Même état des testicules.

Juin. — L'écriture loin de s'améliorer serait devenue moins bonne. On note, au contraire, des progrès en calcul. Il fait bien les quatre opérations, commence à faire des problèmes faciles. Les connaissances générales ont augmenté. Il est devenu un bon ouvrier tailleur (*Fig. 44*).

Fig. 45. — Dup... à 16 ans (juin 1897).

1897 *Janvier-juin.* — L'enfant préfère l'atelier à l'école, et à tort pendant quelque temps, on l'a laissé tout le temps à l'atelier (*Fig.* 45).

Décembre. — Même état au point de vue scolaire; caractère docile, conduite bonne, tenue et propreté satisfaisantes. Travaille très bien et assez vite à l'atelier, confectionne le vêtement complet, se sert avec habileté de la machine, commence à couper.

Puberté. — Même état des lèvres et des joues. Poils assez longs, blonds sous les aisselles, formant une bande de 5 cent. sur 2. Le tronc, les membres supérieurs et inférieurs sont glabres. Poils châtain-blond assez abondants sur le pénil et à la racine des bourses, qui sont pendantes et de niveau. Verge : longueur, 95 mm., circonférence, 90 mm. Le gland est en partie découvert. — Testicules de la grosseur d'un œuf de pie. Quelques poils au périnée et à l'anus. — Pas d'onanisme.

Les paupières droites sont moins largement ouvertes que les gauches d'environ un quart. Le malade dit qu'il voit moins bien de l'œil droit que du gauche, qu'il ne distingue es lettres un peu grosses que d'assez près.

Tableau du poids et de la taille.

	1890	1894		1895		1896		1897		1898
	Janv.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.
Poids	25 k.	34.700	35 200	35 k.	37.800	39 800	44 k	46 k.	51 k.	53 700
Taille	[illegible]	1.39	1.42	1.42	1.50	1.53	1.58	1.61	1.66	1.69

Mesures de la tête.

	1891	189[illegible]	1894	1895		1896		1897		1898
	Janv.	Janv.	Janv.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.
Circonf. horiz. maxima..	50.2	50.2	50.2	52	52	52	52	52	52	54
Demi-circonf. bi-auricul..	33	33	33	33	33	33	33	34	33	34
Dist. de l'artic. occipito-atloïd. à la rac. du nez	36	36	36	36	36	36	36	36	36	37
Diam. ant.-post. max..	17.5	17.8	17.8	18	18	18	18	19	19	19
— bi-auricul. — . .	11	12	12	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	12	13
— bi-pariétal —	13.5	14	14	14.5	14.5	14.5	14.5	14.5	14.5	14
— bi-temporal —	»	»	»	»	11	11	11	11.5	11.5	12
Hauteur méd. du front...	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6

Réflexions. — I. Dans les *antécédents héréditaires*, nous avons à retenir l'*alcoolisme* invétéré du père, grand buveur d'absinthe et de conduite irrégulière, ce qui a motivé sa séparation d'avec sa femme et. du côté de celle-ci, des *migraines* périodiques parfaitement caractérisées. Sur ce point particulier, rappelons incidemment, comme nous avons soin de le faire dans nos observations, l'influence des grossesses et de l'allaitement sur la suspension de ce genre d'accidents nerveux. Il y aurait là le sujet d'une thèse ou d'un mémoire qui ne manquerait pas d'intérêt. — Nous ne saurions affirmer que l'hérédité se borne aux faits qui précèdent, nos renseignements étant assez incomplets sur l'ensemble des deux familles.

II. Il est un point très intéressant de l'histoire de ce malade : c'est la *conception*, ici indubitable, *durant l'ivresse alcoolique*. C'est à cette circonstance que la mère attribue l'idiotie observée chez notre malade. Elle invoque d'ailleurs, à l'appui, le fait que, sur l'avis d'un médecin, ayant cessé d'avoir des rapports avec son mari quand il était ivre, son dernier enfant, malgré l'*alcoolisme chronique* du père, est sain d'esprit et de corps, et n'a pas eu de convulsions (1).

III. Dup... n'aurait jamais eu de convulsions, croit-on : la nourrice n'en aurait pas signalé et depuis son retour on n'en aurait pas constaté. L'idiotie paraît *congénitale*. Elle était *complète* : à 3 ans, l'enfant ne marchait pas seul, gâtait, était salace, incapable de s'aider en quoi que ce soit pour s'habiller, se laver, etc. Il se balançait sans cesse, se cognait la tête, se masturbait, mordait ses frères et sœurs et les enfants qui l'approchaient. Enfin, la parole était nulle ou, pour être absolument exact, limitée à trois mots. Notons encore qu'il était sujet à des accès de colère et que, nuit et jour, il poussait des cris qui motivaient des plaintes des voisins et ont obligé les parents à déménager. Si nous insistons sur ce détail, c'est qu'il fournit un argument — avec beaucoup d'autres — en faveur de la nécessité de l'hospitalisation de cette catégorie d'enfants anormaux qui constitue pour leur famille et pour les voisins un milieu infernal, et cela alors même qu'il n'y aurait pas possibilité d'une réelle amélioration.

IV. Or, tel n'a pas été le cas en ce qui concerne Dup... dont l'histoire nous fournit un exemple frappant d'une transformation telle que, vu son état à l'entrée, elle n'aurait pu être même soupçonnée par les personnes, médecins, pédagogues ou administrateurs, qui ne sont pas au courant de ce que peut réaliser le *traitement médico-pédagogique,* appliqué avec habileté et persévérance.

Tout d'abord, D.. a appris à marcher, à développer son système musculaire (exercices de la marche, du saut, de la montée et descente des escaliers, de la petite gymnastique, etc. ; — à devenir propre (surveillance et mise régulière sur le siège) ; — à manger, se déshabiller, s'habiller convenablement (éducation de la main et du sens du toucher) ; — à parler parfaitement (exercices de la prononciation et de la parole) ; — à lire, écrire, compter d'une manière passable ; — à avoir la notion des couleurs, des formes, du temps, etc. (exercices scolaires) ; — à acquérir toutes les connaissances usuelles (leçons de choses) ; — enfin à apprendre d'une façon très suffisante le métier de tailleur (enseignement professionnel).

Il est certain que si, heureux des résultats obtenus, et voyant que l'enfant préférait l'école à l'atelier, on s'était mieux conformé à nos prescriptions, on avait veillé avec plus de soin à sa présence réglementaire à l'école nous aurions obtenu, chez lui, une instruction primaire plus satisfaisante.

V. Au point de vue physique, son développement a été régulier, ainsi que cela ressort des tableaux du *poids*, de la *taille* et des *mensurations de la tête.* La gymnastique qu'il fait bien, la danse, l'*hydrothérapie* et les médicaments reconstituants, employés exactement, y ont largement contribué.

(1) Voir entre autres *Compte rendu de Bicêtre* pour 1896, p. 205 à 225.

VI. Lors de l'admission, le diagnostic était : *idiotie complète ;* aujourd'hui on porterait le diagnostic : *arriération intellectuelle* ou *débilité mentale* légère, et seulement sous le rapport de l'instruction primaire parce que sous le rapport des connaissances usuelles, du travail manuel et de l'habileté physique, il se rapproche des enfants normaux, d'intelligence moyenne.

VII. La comparaison de l'écriture et des exercices scolaires ainsi que celle des *fig.* 38 à 45 permettent de vérifier l'exactitude des réflexions qui précèdent. Nombreux sont les cas analogues que nous pourrions publier dont quelques-uns seulement ont déjà été rapportés par nous ou consignés dans la thèse d'un de nos élèves (1). Ils démontrent que si, dans les cas d'*idiotie complète*, on peut obtenir une amélioration aussi considérable, on en obtiendra plus facilement de semblables ou de supérieures chez des enfants moins profondément frappés, ceux qui appartiennent à l'*imbécillité*, à l'*arriération intellectuelle*, à l'*imbécillité morale*.

Ce n'est pas uniquement dans notre service de Bicêtre que le *traitement médico-pédagogique* nous a procuré des succès aussi satisfaisants. Nous en avons chaque année d'aussi démonstratifs à l'*Institut médico-pédagogique* (à Vitry) où nous l'appliquons avec une rigoureuse exactitude (2). Et, puisque l'occasion s'en présente, rappelons que les chances de succès sont d'autant plus grandes que le traitement est commencé plus tôt, — dès qu'on a constaté l'état anormal de l'enfant, dès 2 ou 3 ans — et que le traitement est suivi avec persistance. Ce n'est pas, en effet, en quelques semaines, en quelques mois qu'on a des changements importants : il faut des années. Les premières améliorations sont des conquêtes difficiles, — on le voit par l'histoire de Dup..., — mais celles-ci obtenues, on voit se succéder des améliorations de plus en plus satisfaisantes pour les médecins, les maîtres et les familles. A tous, il faut de la confiance, du temps et de la persévérance (3).

(1) Griffault. — *Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie*, 1896.

(2) L'*Institut médico-pédagogique* reçoit les enfants des deux sexes atteints non seulement des différentes variétés d'idiotie et de maladies convulsives, mais aussi les enfants affectés des différentes espèces de *maladies nerveuses*.

(3) *Modifications de la voix.* — 1896. *Janvier*. Étendue de 9 notes (ré au mi). Voix forte et juste (*Fig.* 46). En juillet, même état. — 1897. *Janvier*. Aucune

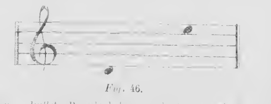


Fig. 46.

modification. — *Juillet*. Période de la mue : l'enfant a perdu [illegible] notes dans [illegible] et il gagne une note dans le grave do au sol. — 1898 *Janvier*. Eten-

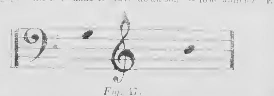


Fig. 47.

due de la voix [illegible] notes [illegible] de la période de [illegible] le semestre précédent 4 notes dans le grave et [illegible] dans l'aigu. — La voix est fausse (*Fig.* 47).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La mort réelle. — Etudes anatomo-pathologiques : autopsies et dissection.

Deux faits divers récents, qui ont fait le tour de la grande presse, nous amènent à entretenir nos lecteurs de sujets bien souvent traités par nous dans le *Progrès médical* et ailleurs, et toujours d'actualité en raison de leur importance sociale.

Le premier a été rapporté sous les titres de : *La Morte de Bois-Colombes*, de *Macabre Histoire*, etc. Il peut se résumer ainsi :

Les habitants de Bois-Colombes ont été récemment impressionnés par une scène étrange provoquée par le décès de Mme H..., âgée de quarante-huit ans, sujette à des crises cataleptiques. Le 21 mars dernier, vers cinq heures du soir, elle revenait de faire ses courses, lorsqu'elle tomba dans sa chambre, la tête appuyée contre le pied du lit.

Dans la soirée, lorsque son parent M. X... rentra, il la crut en catalepsie, la coucha sur le lit et courut chercher un médecin qui déclara qu'elle était morte. Les obsèques furent fixées à la date du 23. Mais en habillant le corps, on remarqua qu'il était tiède et qu'il n'avait pas la rigidité cadavérique. M. X... s'adressa à M. Aragon, médecin de l'état civil; celui-ci déclara à son tour que Mme H... était bien morte. Le 23, au moment où le corbillard arrivait devant la porte, les employés des pompes funèbres eurent des doutes sur la réalité du décès, et M. X... en informa M. le commissaire de police, qui s'adressa au docteur. — Pour moi, dit M. Aragon, la mort n'est pas douteuse, mais si vous tenez à vous en assurer, on peut faire dévisser la bière et remonter le corps chez vous. — La bière fut aussitôt ouverte et l'on replaça le corps sur le lit.

Mais dans la matinée on s'aperçut que la décomposition commençait à se manifester par une odeur caractéristique. Il était donc urgent de procéder à l'inhumation. Les obsèques ont eu lieu le 24 mars.

Toutes ces scènes pénibles auraient pu être évitées si les médecins ou le commissaire de police avaient pensé à recourir à un *moyen certain*, dans notre climat, de s'assurer de la réalité de la mort : la thermométrie centrale. Le thermomètre appliqué durant cinq ou six minutes, dans le rectum ou dans le vagin, trois ou quatre fois, de deux en deux heures, leur aurait montré que le corps de Mme H... s'était mis en équilibre avec la température de la chambre où il était déposé, c'est-à-dire à une température à laquelle la *vie* n'est plus possible. Que nos lecteurs veuillent bien se reporter à tous les documents que nous avons mis sous leurs yeux : ils se convaincront de l'exactitude de nos affirmations et de la nécessité de vulgariser l'emploi du thermomètre pour constater *sûrement* la réalité de la mort (1).

* * *

Le second fait — nous sommes toujours dans le domaine de la mort — ne vise plus la réalité du décès, mais la situation des morts dans les hôpitaux et hospices. Voici la lettre publiée par le *Radical* et reproduite dans plusieurs journaux :

(1) Les précautions exigées par l'Administration pour autoriser l'*incinération*, c'est-à-dire une *double visite médicale* (en dehors du médecin traitant) constituent pour les familles une garantie telle qu'elles devraient préférer l'*incinération* à l'*inhumation*. — Voir sur la question : Bourneville, *Progrès médical*, 1893, nos 19, 23, 43, etc., et les *Bullet. de la Société de Crémation*.

Par suite d'un concours de circonstances malheureuses, j'ai dû confier mon enfant malade à l'hôpital Trousseau, le soigner chez moi étant impossible. Malgré les soins qu'il a dû recevoir, et dont je suis reconnaissant aux médecins et infirmiers, le pauvre petit est mort.

Dès que j'ai été avisé du malheur qui me frappait, je me suis rendu à l'hôpital pour reconnaître le cadavre de mon pauvre enfant. Ce jour-là le corps était intact. Mais, le lendemain, en portant les vêtements nécessaires pour l'ensevelir, j'ai pu constater avec indignation qu'on en avait fait l'autopsie. Lorsque j'ai protesté, on m'a répondu que j'aurais dû y mettre opposition. Mettre opposition à une chose dont on ne me prévient pas ! Dans d'autres cas, ce serait risible.

Un condamné à mort, le dernier des gredins a le droit de s'opposer à ce charcutage de son corps (1) et on se permet de profaner le corps d'un pauvre petit malheureux que ses parents sont trop pauvres pour pouvoir soigner eux-mêmes! Ne trouvez-vous pas cela inique ?

Ce n'est pas l'image du cadavre en putréfaction qui devrait rester dans la mémoire des père et mère en deuil : c'est l'image de l'enfant vivant, agissant, joyeux et caressant.

L'autopsie est une garantie de la réalité de la mort ; elle doit être un renseignement non seulement pour le médecin, mais surtout pour la famille à laquelle un résumé devrait être remis, ce qui faciliterait l'œuvre des médecins et diminuerait, si cela ne supprimait pas, les oppositions aux autopsies. Toutefois, il serait de beaucoup préférable de déclarer que, en règle absolue, — et sans aucune distinction de religion, — *l'autopsie de tout malade décédé dans les établissements hospitaliers est de droit.* Il conviendrait aussi d'autoriser l'autopsie non pas 24 heures après le décès, mais beaucoup plus tôt, dès que la constatation du décès est certaine (2).

Il faudrait enfin faire comprendre aux familles que l'autopsie, pratiquée avec le soin qui convient, ne défigure en rien ni le corps, ni la face. Les médecins et l'administration, surtout les premiers, devraient exiger des garçons d'amphithéâtre que les corps autopsiés soient remis en parfait état, que le rapprochement des incisions nécessitées par l'examen soit effectué avec un soin méticuleux et non à la diable comme il arrive fréquemment.

* * *

La question non seulement des *autopsies*, mais aussi des *dissections* a été portée devant le Conseil de surveillance de l'Assistance publique par une pétition des administrés de l'hospice d'Ivry, adressée au Conseil municipal et transmise par le Préfet à l'Administration de l'Assistance publique. Voici en quels termes, d'après le rapport de M. Lucipia, M. Peyron a exposé cette réclamation :

« La pétition des hospitalisés de l'hospice d'Ivry tend à obtenir, en même temps que la réduction à 14 fr., ainsi qu'il est perçu dans les hôpitaux de Paris, de la taxe exigée pour leurs frais d'inhumation, que les corps qui ne seraient pas réclamés par les familles, ne soient pas assimilés à ceux des malades, décédés dans les hôpitaux, et envoyés aux amphithéâtres de dissection.

« Nous sentons combien le sentiment, auquel obéissent les vieillards d'Ivry, est respectable : mais, d'autre part, s'il leur était donné satisfaction, ce ne pourrait être qu'au détriment des études anatomiques dont l'intérêt est d'ordre général. Les administrés d'Ivry seront certainement suivis, dans leur réclamation, par ceux de Bicêtre, de la Salpêtrière et de tous nos hospices, et il en résulterait une diminution notable dans le nombre, déjà trop restreint, des corps qui servent aux dissections. Pour l'année qui vient de s'écouler, la part de la Faculté en aurait été réduite à 180, soit d'un septième.

Le rapporteur a demandé que la pétition soit « renvoyée à l'Administration, pour présentation au Conseil d'un mémoire spécial, dans lequel seront indiquées les *conséquences budgétaires* d'un accueil favorable à leur demande ». Quant aux *conséquences scientifiques et sociales*, il n'y est pas fait allusion. Cependant, ainsi que nous allons le montrer sommairement, ce sont de beaucoup les plus graves.

* * *

Il ne viendra à l'esprit d'aucune personne, douée de bon sens, de nier la nécessité absolue des *études anatomiques* et de la *médecine opératoire*. Tous les médecins devraient connaître à fond, apprendre et réapprendre ces deux branches des sciences médicales. Bien connaître le mort pour mieux soigner le vivant est une vérité incontestable. Or, l'anatomie et la médecine opératoire exigent que les amphithéâtres de la Faculté et des hôpitaux soient approvisionnés de cadavres en quantité suffisante. Ce nombre, loin d'augmenter, va en diminuant, tandis que celui des étudiants s'accroît.

D'après le dernier rapport officiel sur la Faculté de Médecine de Paris, le nombre des étudiants qui ont participé aux travaux de dissection pendant le semestre d'hiver a été de 1.159 (933 à l'Ecole pratique et 226 à l'amphithéâtre des hôpitaux); et celui des élèves qui ont pris part, durant le semestre d'été, aux exercices de médecine opératoire, a été de 406 (366 et 40). La Faculté a reçu 1.373 sujets sur lesquels 1.117 seulement ont été utilisés de la façon suivante : 453 pour la dissection; — 453 pour la médecine opératoire; — 151 pour les examens et les cours; — 60 pour les laboratoires et les concours. — Les autres cadavres, soit 456, n'ont pu être utilisés en raison de leur état de putréfaction (436) ou parce qu'ils ont été réclamés par les familles (20).

Il suit de cet exposé qu'il n'y a eu que 453 cadavres distribués aux 933 étudiants en cours d'études anatomiques et opératoires, à peine un *demi-sujet*, comme on dit, par étudiant.

En présence d'une telle situation, il y aurait un danger réel à restreindre encore, par des mesures de sentiment que rendent nos préjugés excusables sans les justifier, le nombre des corps qui sont indispensables aux études anatomiques. Toute la Presse médicale devrait, dans cette circonstance, être unanime à soutenir les réclamations de la Faculté, et le Conseil municipal devrait veiller, de son côté, à ne prendre aucune délibération qui pourrait opposer des obstacles à ces réclamations. La société tout entière est intéressée à avoir des médecins instruits et capables ; il faut donc procurer aux étudiants tous les moyens d'instruction qui leur sont d'absolue nécessité (1). BOURNEVILLE.

(1) Ce privilège accordé à des malheureux, réputés criminels, ne se justifie aucunement. Certains criminels ne sont pas arrêtés par la crainte de l'échafaud; ils ont *peur de la dissection* et demandent à l'aumônier d'intervenir, ce qu'il fait... et avec plus de succès que le Doyen de la Faculté.

(2) Voir : Bourneville, *Mouvement Médical*, 1873, p. 94 ; *Progrès Médical*, 1880, p. 663 ; *Manuel pratique des autopsies*, 1885, etc., etc.

(1) Notre ami le Dr Laborde vient de publier dans le numéro du 30 mars de la *Tribune médicale* un article très intéressant sur la pénurie des cadavres à l'Ecole pratique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 2 avril. — PRÉSIDENCE DE M. MOUGIN.

MM. WIDAL et SICARD ont repris l'étude des réactions agglutinantes *obtenues par les bacilles typhiques morts*. On sait que ces réactions sont très semblables à celles que provoquent les bacilles vivants; M. Nicolle, à Constantinople, a montré qu'un certain nombre de bacilles pathogènes possédaient les mêmes propriétés et a posé les conditions d'études de ces faits. MM. Widal et Sicard confirment les recherches de M. Nicolle et établissent la différence qui existe entre l'agglutination par les bacilles morts et celle par les bacilles vivants.

M[lle] IOTECKO adresse une note sur les *conditions de circulation sanguine* qui favorisent la régénération du tissu musculaire strié.

M. GRIMBERT a étudié les faits de *fermentation des nitrates* signalés par plusieurs auteurs sur l'influence du bactérium coli ou du bacille d'Eberth, et il a trouvé que cette influence était indirecte. Elle ne s'exerce en effet que les bacilles sont associés à des bactéries capables d'attaquer les nitrites.

M. QUEYRAT rapporte un fait d'*inoculation cancéreuse expérimentale*. Sur un malade porteur d'un cancer mélanique du pénis, l'ablation de la tumeur a permis d'inoculer un singe chez lequel s'est produit ensuite un cancer mélanique du foie.

M. LEROU rapporte une observation de *cirrhose hypertrophique avec ictère* et spléno-mégalie dans laquelle l'affection était due à la tuberculose.

MM. GILBERT et GARNIER apportent le résultat de leurs recherches sur le *traitement de la chlorose par la moelle osseuse*. Soit en nature, soit sous forme d'extraits, la moelle donnée à six chlorotiques n'a pas produit de modifications sensibles du sang, tandis que l'amélioration se produisait chez des malades témoins traités par le protoxalate de fer et les douches. L'opothérapie médullaire dans la chlorose ne paraît donc pas être efficace.

MM. DOYON et DUFOURT ont étudié les effets de la *ligature de l'artère hépatique* et de la veine porte au point de vue de la survie de l'animal. Pour eux quand la survie se produit après la ligature de l'artère hepatique, c'est qu'il existait des collatérales suffisantes pour empêcher la mortification du foie. Cette ligature suffit pour abaisser considérablement le rapport de l'urée à l'azote total; changement qui ne se produit pas dans la ligature de la veine porte.

M. ABELOUS adresse une note sur le *pouvoir antitoxique des organes* vis-à-vis de la strychnine.

M. ŒSCHNER DE CONINK adresse une note sur les *différents modes d'élimination de la chaux*.

M. RETTERER étudie le *rôle du cartilage dans l'ossification*.

ÉLECTION. — M. CAMUS est élu par 41 voix sur 63 votants membre de la Société de Biologie. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 avril 1898.

Gastro-entérostomie dans les rétrécissements non cancéreux.

M. HAYEM croit que la gastro-entérostomie, opération toujours grave, doit être réservée aux rétrécissements serrés, résistant au traitement médical. Elle sera plus souvent indiquée chez les malades pauvres ne pouvant se soumettre ni au repos, ni au régime sévère qu'exige le traitement médical. En général, l'hyperchlorhydrie disparaît après l'opération si la boucle stomacale est suffisante. — Le reflux biliaire dans l'estomac peut entretenir une certaine excitation glandulaire et par suite des digestions pénibles. — L'idéal serait une anastomose évitant toute rétention dans l'estomac et ne permettant aucun reflux biliaire.

Rougeole, lèpre et dysenterie aux colonies.

A la suite d'un rapport de M. VALLIN, l'Académie émet l'avis qu'il y a lieu d'ajouter la rougeole, la lèpre et la dysenterie, sur la liste des maladies transmissibles dont la déclaration sera désormais obligatoire dans les colonies françaises.

Vaccination aux colonies.

A la suite d'un rapport de M. HERVIEUX, l'Académie adopte les conclusions suivantes : « L'Académie, considérant que la variole règne depuis un temps immémorial dans les colonies françaises ; 2° qu'elle y détermine chaque année une mortalité plus ou moins considérable ; 3° que, devenant ainsi une cause de dépopulation, elle porte une atteinte plus ou moins sérieuse au développement et à la prospérité de nos colonies, mais aussi à l'état de nos garnisons coloniales ; émet le vœu qu'une circulaire ministérielle rappelle aux autorités administratives qu'elles ont le droit, en vertu de la loi du 5 avril 1884, d'imposer l'obligation vaccinale aux colonies éprouvées par les endémies et épidémies varioliques. » Ce vœu est voté à l'unanimité moins une voix.

Pathogénie du décollement rétinien. Son traitement par la ciliotomie et la glace.

M. GALEZOWSKI, après avoir assuré par une ciliotomie l'écoulement du liquide sous-rétinien, facilite au moyen d'application de petits sacs de glace la cicatrisation des déchirures de la zone de Zim.

Traitement de l'épilepsie par la résection complète des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique.

M. CHIPAULT montre que depuis sa communication, 40 interventions nouvelles de MM. Jaboulay, Tuffier, Ricard et Jonnesco, sont venues confirmer ses constatations : 1° La bénignité réelle des interventions sur le sympathique dans l'épilepsie ; jointes aux 31 interventions de la communication précédente, elles donnent un total de 71 faits sans incident ou accident opératoire ; 2° La nécessité absolue, pour faire une intervention fructueuse, de comprendre parmi ses temps la résection complète des ganglions cervicaux supérieurs, relais cellulaire des vasomoteurs encéphaliques. M. Chipault ajoute qu'il est loin d'estimer qu'une fois la sympathicectomie faite, le traitement soit terminé ; loin de là : il croit, au contraire, que la surveillance hygiénique, morale et médicale s'impose plus que jamais.

Comment parlent les sourds-muets.

M. MARAGE étudie les diverses conditions de la voix. Les voyelles peuvent être divisées en deux classes : 1° Les voyelles parlées, dans lesquelles la note *laryngienne* est accessoire ; c'est la *vocable*, formée dans les résonnateurs bucco naso-pharygiens qui domine ; 2° les voyelles chantées dans lesquelles la vocable disparaît presque complètement pour faire place à la note laryngienne. La voix parlée type serait celle des sourds-muets, elle est formée par la vocable seule ; on les comprend. Dans la voix des orateurs et des chanteurs masculins, la vocable et la note laryngienne sont fonction l'une de l'autre : on les entend et on les comprend. Enfin, dans la voix de beaucoup de chanteuses, la note laryngienne domine, la vocable a disparu : on entend et on ne comprend pas.

Nouvel aliment de réserve.

M. H. BARRÉ présente un aliment très nourrissant sous un faible volume et qui ne renfermant que des albuminoïdes végétales n'offre pas les dangers toniques des conserves de viande.

Élections.

Élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie. — Les candidats présentés étaient :

en première ligne, M. Ch. Richet; en deuxième ligne, MM. Gréhant, P. Poirier, Ch. Remy, Retterer et P. Reynier.

M. le Pr Ch. RICHET a été élu par 46 suffrages, contre 11 à M. Reynier, 5 à M. Gréhant, et 1 à M. Remy, sur 64 votants.

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er avril 1898. — PRÉSIDENCE DE M. SEVESTRE.

Scarlatine apyrétique.

M. RÉNON signale un cas où il porte le diagnostic de scarlatine, chez un enfant ayant présenté une angine, avec éruption scarlatineuse, absolument sans fièvre. Le point de départ de la maladie ne pouvait être précisé. La maladie évolua sans élévation de température, sans albumine dans les urines. Un phénomène, signalé par Wertheimer, se montra dans le cas de M. Rénon, c'est la dissociation du pouls et de la température; le pouls atteignait 110 p. quand la température ne dépassait pas 37°.

M. RENDU a observé récemment des cas analogues. Un de ses malades n'était atteint que d'une angine sans éruption cutanée, un autre portait une éruption et n'avait pas de fièvre. Il n'était pas douteux que les malades fussent atteints de scarlatine, car cette affection avec une forme typique avait frappé plusieurs autres personnes dans leur famille.

M. LEMOINE attribue à ces cas frustes la persistance de la scarlatine dans l'armée, malgré toutes les précautions prophylactiques qui sont prises lors des épidémies.

M. SEVESTRE cite encore un certain nombre de cas récemment observés, absolument analogues à ceux de MM. Rénon et Rendu.

Pneumococcie et arthrite à pneumocoques.

MM. GAILLARD et MORELLI citent un cas de pneumonie compliquée d'une arthrite purulente du poignet droit due au pneumocoque, qui nécessita l'arthrotomie, et d'une pleurésie purulente qui dut être traitée par l'empyème. Le malade guérit. M. Morelli fit des cultures et des inoculations à des souris, mais ses expérimentations restèrent sans résultat positif. M. Gaillard suppose que la virulence des pneumocoques était alors très affaiblie et que c'est à cette circonstance qu'est due la guérison du malade.

Un cas de pseudo-lipomatose.

M. LAUNOIS présente à la Société un malade de 37 ans qui est venu le consulter pour des troubles dyspeptiques. Ce malade offre une tuméfaction lipomateuse volumineuse sous le menton, une augmentation des ganglions cervicaux, un autre gonflement lipomateux transversal à la nuque, au niveau de la septième vertèbre cervicale. Il existe des ganglions engorgés dans les aisselles, dans les aines. La rate est volumineuse, la respiration est anormale bien qu'un peu gênée. Ce malade ressemble à deux malades présentés par M. Hayem et M. Dalché. Ce malade est atteint depuis quatre ans. Les tuméfactions lipomateuses contiennent au centre des ganglions engorgés. Cet homme, âgé de 32 ans, alcoolique invétéré, est pâle; son sang est le sang d'un anémique au deuxième degré (Hayem) et présente une légère leucocytose. Cette maladie, qui date de 4 ans, est, selon M. Launois, d'origine lymphatique.

M. HAYEM demande à M. Launois, qui a fait de très nombreuses recherches bibliographiques, comment finissent ces malades, s'ils ne meurent pas le plus souvent en état de cachexie.

M. LAUNOIS, qui a relevé cinquante-trois cas, n'a trouvé aucune observation où l'on ait suivi le malade jusqu'à sa mort et qui relate une autopsie.

M. HAYEM engage M. Launois à faire des examens fréquents du sang de son sujet, surtout s'il devient cachectique. Il arrive fréquemment que ces malades tombent dans la leucémie et le nombre de leurs globules blancs atteint le nombre de 20.000, 40.000 et même 50.000. Particularité intéressante, ce sont les seuls globules mononucléaires qui se multiplient.

M. RENDU demande s'il ne serait pas intéressant de rechercher l'origine infectieuse de cette maladie.

M. LAUNOIS rappelle que M. Delbet a fait sur un malade de M. Hayem des recherches qui sont restées négatives.

M. DALCHÉ s'inquiète de l'état des fonctions génitales chez le malade de M. Launois, qui répond qu'elles sont normales.

J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 mars 1898. — PRÉSIDENCE DE M. DELENS.

Discussion sur les psychoses post-opératoires.

M. WALTHER prend le premier la parole. Il a observé une des malades dont M. Picqué a rapporté l'histoire : il s'agissait d'une femme ayant eu une contusion de la cuisse et qui, étant entrée à l'hôpital, fut opérée pour une salpingite suppurée. Cette malade fut ensuite opérée par l'auteur lui-même pour une péritonite suppurée. Mais les troubles psychiques qu'elle présentait étaient déjà antérieurs à l'opération; c'est probablement ainsi que se passent tous les cas de psychoses post-opératoires.

M. RICHELOT confirme les conclusions de M. Walther, et il cite à son tour deux cas, l'un relatif à une hystérectomie pour salpingite suppurée double; l'autre à un hématosalpinx auquel il avait laissé un ovaire et l'utérus. A la suite d'hystérectomie abdominale pour fibrome, une de ses malades a essayé de se suicider; mais elle avait eu une première tentative avant l'intervention. En somme, l'auteur a observé 11 cas de psychose post-opératoire. Tantôt il s'agit de troubles hystériques passagers, tantôt de troubles hystériques graves, mais évoluant chez des femmes manifestement prédisposées, tantôt enfin d'aliénation vraie, mais alors les femmes étaient déjà des aliénées avant l'opération.

Traitement des abcès du foie.

D'après M. PICQUÉ, le diagnostic de cet abcès est quelquefois très difficile, et on hésite entre un abcès et un kyste hydatique. Plus difficile est encore le diagnostic des abcès périhépatiques, et, en particulier, des sus-hépatiques que l'on peut confondre avec la pleurésie diaphragmatique. Chez une malade observée par l'auteur, on hésitait entre une pleurésie purulente et une suppuration intrahépatique. L'auteur fit deux ponctions qui restèrent négatives; mais, après résection de la neuvième et de la dixième côtes, il trouva un abcès du poumon au lieu d'un abcès du foie attendu.

Suivant M. NIMIER, la ponction du foie, déterminant une saignée décongestionnante, donne souvent une sensible amélioration. La douleur cède assez rapidement quand la congestion du foie est intense, la fièvre elle-même peut tomber Néanmoins, la saignée ne semble pas empêcher la suppuration de se produire.

Présentations.

M. TUFFIER présente un malade ayant subi l'opération de la *cholécystectomie* et de la *gastro-entérostomie.*

M. POTHERAT présente un *orteil d'acromégalique.*

ELECTION, au cours de la séance, de quatre membres correspondants de la Société de Chirurgie.— MM. CHEVASSUS, BRAULT, BRAQUEHAYE et BROUSSIN ont été nommés.

Séance du 30 mars 1898. — PRÉSIDENCE DE M. DELENS.

M. REYNIER vient apporter sa contribution à la question des *psychoses post-opératoires* : d'après lui, l'opération ne fait jamais naître l'aliénation de toutes pièces. Chez les femmes âgées, opérées de prolapsus, il survient parfois du délire sénile; mais le prolapsus lui-même était un signe de déchéance sénile. Pour les neurasthéniques, les nerveux atteints de folie et qui accusent des douleurs nullement en rapport avec les lésions ou même sans lésion, on peut conseiller de petites opérations, mais non des amputations d'organes. On peut supprimer la lésion qui détermine la phobie.

M. MONOD apporte quelques observations personnelles. Une malade, opérée d'un double kyste du ligament large, succomba au huitième jour avec délire et température élevée.

Un autre malade atteint de fracture compliquée, amputé, fut consécutivement atteint de délire. Une femme, ayant subi l'hystérectomie totale, fut ensuite atteinte de kleptomanie.

Suivant M. SEGOND, la frayeur opératoire, la suggestion venant de l'entourage, des médecins, jouent un certain rôle dans les troubles psychiques post-opératoires. L'auteur cite une statistique de 642 cas, sur lesquels il n'en a eu que 4 avec folie réelle, 1 à Sainte-Anne, 2 avec mélancolie profonde et le quatrième atteint de kleptomanie, mais celle-ci existait déjà antérieurement. Trois autres malades avaient présenté des troubles qui permettaient de même de les considérer comme déjà atteintes avant l'opération.

Nouvelle technique de drainage de la cavité péritonéale.

M. le Dr Henri DELAGÉNIÈRE (du Mans). — Les conclusions de cette communication sont les suivantes :

Le drainage du péritoine, qui a subi une transformation considérable depuis l'apparition du tamponnement de Mickulicz, est cependant encore défectueux, malgré tous les moyens dont on dispose. Nous avons cherché mieux et nous croyons avoir trouvé. Nous drainons le péritoine comme le réceptacle d'une lampe à alcool, au moyen de *mèches stériles*, contenues dans des tubes métalliques stérilisables. Nous ne trouvons, comme contre-indication à cette manière de faire en faveur du drainage capillaire, inventé par Mickulicz, que les cas où un foyer considérable doit être tenu isolé de la grande cavité abdominale ; et encore dans ces cas aurait-on avantage à employer deux de nos tubes à mèches stériles, l'un rentrant par la plaie, l'autre par une contre ouverture.

Les tubes métalliques employés sont percés de trous dans la moitié inférieure. L'orifice supérieur destiné à rester sur la peau est muni d'un rebord plat, pour empêcher l'appareil de disparaître dans le ventre. Ce tube a de 8 à 12 centimètres de long; son diamètre varie de 15 à 20 millimètres. Il reçoit dans son intérieur une mèche de coton hydrophile, qui s'épanouit à ses deux extrémités dans le ventre et sur la peau. La mèche peut-être changée au cours de pansements ultérieurs ; elle est quelquefois difficile à décoller. Mais, grâce à certaines précautions, on parvient à la retirer sans inconvénient. Ce mode nouveau de drainage a donné d'excellents résultats pratiques.

Nous reviendrons sur le rapport de M. QUENU sur l'*hystérectomie abdominale totale.*

Citons enfin le rapport de M. LEJARS sur une observation de M. BUFFET (d'Elbeuf), relative à un *corps fibreux pédiculé sphacélé de la lèvre du col. Prolapsus. Hystérectomie partielle. Guérison.*

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 4 avril 1898. — PRÉSIDENCE DE M. BENOIT.

L'affaire Laporte est revenue lundi devant la Société de Médecine légale.

A l'occasion de la lecture du procès-verbal de la dernière séance, M. PINARD a lu une communication dans laquelle il a commencé par protester contre la rédaction de l'ordre du jour voté dans cette séance, alléguant que cet ordre du jour pourrait laisser supposer quo *tous* les documents publiés par M. Varnier avaient été inexactement reproduits par lui. Il a continué en critiquant la communication de MM. Maygrier et Socquet relative aux lésions vésicales trouvées chez la femme Fresquet, et il a soutenu de nouveau que ces lésions étaient spontanées.

M. le président BENOIT a fait remarquer à M. Pinard que le vote de l'ordre du jour de la dernière séance ne portait que sur une seule pièce, le rapport sommaire attribué à M. Socquet, et publié en tête de son article par M. Varnier, dans la *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie* d'octobre 1897.

M. CHARPENTIER a maintenu la déclaration qu'il avait faite à la dernière séance, après examen de la pièce anatomique présentée à la Société par MM. Maygrier et Socquet. Les lésions sont bien d'origine traumatique, et, étant donnée leur situation, elles ne sauraient avoir été produites par des aiguilles osseuses du bassin, il no peut y avoir de doute à cet égard.

M. SOCQUET a pris ensuite la parole, et a donné lecture de sa lettre publiée dans le *Bulletin médical* du 3 avril, où il déclare n'avoir jamais écrit, ni signé, ni remis au juge d'instruction le rapport sommaire de sept lignes publié par M. Varnier. Il lit également la réponse de M. Varnier, déclarant que ce rapport sommaire aurait été remis à M. Pinard par Me Henri Robert, qui le tenait lui-même d'un copiste dont tout le travail aurait été reconnu mathématiquement exact. Or, M. Socquet rappelle un incident d'audience, qui s'est produit aux débats en appel au cours de la plaidoirie de Me Henri Robert, et duquel il résulte justement que le rapport sommaire publié par M. Varnier a été reconnu inexact par Me Henri Robert lui-même. D'ailleurs, M. Pinard assistait à l'audience et a été témoin de cet incident, dont voici le compte rendu sténographique.

« Me ROBERT.—M. Laporte a été envoyé à Mazas sur une information un peu hasardée. Vous avez au dossier une déposition qui vous montre que non seulement les commères peuvent varier, mais que même les hommes les plus respectables peuvent se tromper. Les médecins, même ceux pour lesquels j'ai beaucoup d'affection, sont sujets à de cruelles erreurs, et l'arrestation de Laporte a été causée par une de ces erreurs. A la cote 16 du dossier figure une déclaration de M. Socquet ainsi conçue :

« *Voici mes conclusions sommaires : Laporte a opéré l'accouchement avec imprudence, négligence...*

« M. le PRÉSIDENT. — Pardon, Me Robert. Vous lisez cela dans les publications qui ont été faites; ce ne sont pas les pièces du dossier; ce que vous lisez se trouve dans les brochures qui ont été distribuées.

« Me ROBERT. — Je ne demande qu'une chose, c'est de m'être trompé sur ce point spécial. En matière correctionnelle, on a la bonté de ne jamais nous donner copie des dossiers. *Par conséquent, nous sommes obligé de prendre nos documents où ils sont publiés.* Je ne tire argument de ceci que parce que *je croyais le texte exact.* »

Que devient alors, ajoute M. SOCQUET, en terminant, l'affirmation de M. Varnier « que le travail du copiste a été reconnu (par qui?) *mathématiquement* exact? »

A la suite de cette discussion, M. le président BENOIT a proposé de modifier l'ordre du jour de la dernière séance, afin de lui donner plus de précision. Après quelques observations présentées par MM. POUCHET, CONSTANT, DAMET, MOTET, la Société a adopté l'ordre du jour suivant :

« La Société de Médecine légale, ayant pris connaissance, à propos d'une expertise récente, des documents officiels, et après les avoir rapprochés des documents publiés à l'appui des attaques dirigées par certains journaux scientifiques contre M. le Dr Socquet, constate *que le document intitulé* EXTRAORDINAIRE PIÈCE MÉDICO-LÉGALE, *et duquel on tirait l'argument qu'aux yeux du Dr Socquet la culpabilité du Dr Laporte ne faisait pas de doute, a été* INCOMPLÈTEMENT *et* INEXACTEMENT *rapporté, ce qui était de nature à égarer l'opinion publique.* »

Cette seconde discussion à la *Société de médecine légale*, le second ordre du jour que nous venons de reproduire, complétant et précisant le premier, nous paraissent ne laisser aucun doute sur la correction des experts, et en particulier sur celle du Dr Socquet, injustement accusé d'avoir été la cause de l'arrestation du Dr Laporte. Discussion et ordre du jour sont de nature à éclairer complètement le public médical et doivent clore un débat qui, à notre avis, s'est déjà trop prolongé. B.

LES CENTENAIRES. — D'après une liste dressée par un de nos confrères, il y avait ces jours-ci en France 243 centenaires ; notre pays n'en compte plus que 242. On annonce, en effet, de Montiers-sur-Saulx, près de Ligny, la mort de Mme Marie-Jeanne Demogeot, qui allait atteindre sa cent-deuxième année.

REVUE DE MÉDECINE

—

I. — Contributions à la connaissance de la sarcomatose primaire diffuse dans les membranes molles du système nerveux central; par Frey Svenson. — *Nordiskt Mediunskt Arkiv*, 1897, n° 6.

I. — Le sujet, âgé de 15 ans à l'époque de sa mort, commença par souffrir, au côté droit, d'attaques de crampes qui passèrent peu à peu des convulsions générales compliquées d'une perte totale de la connaissance. Au bout de quatre ans survinrent des maux de tête, la déperdition des forces et la cécité par suite de stase papillaire, la diminution des fonctions psychiques, l'impossibilité de coordonner les mouvements du tronc et des jambes, la parésie faciale de gauche, le renforcement des réflexes patellaires, particulièrement dans la jambe gauche. Après six ans de maladie, la mort survint en quelques jours d'état comateux interrompu par des crises de crampes.

A l'autopsie, on trouve la base du cerveau occupée, de la scissure médiane à la moelle cervicale supérieure, par des mamelons de tumeurs grands et petits appartenant en entier aux membranes molles, qui ont épargné en général la substance nerveuse et sur quelques points seulement y plongent des tampons avec des vaisseaux. On rencontre aussi des mamelons pareils au côté supérieur et au côté inférieur du cervelet. Au ventricule latéral de droite se voit de même un néoplasme pyriforme occupant la partie inférieure du prolongement occipital et du prolongement temporal. La coupe le montre consister en une tumeur qui, dans le sillon occipito-temporal, a dilaté et aminci la substance nerveuse en l'épargnant toutefois en général, sauf au sommet même de la tumeur, où celle-ci a attaqué par places la substance cérébrale voisine. L'épendyme des ventricules latéraux du troisième et du quatrième ventricule ainsi que de l'aqueduc de Sylvius est recouvert de saillies grises et molles de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois.

Dans les parties plus récentes, où le néoplasme ne se montre que comme un léger épaississement des membranes, la structure histologique consiste en végétations récentes formées de trois espèces de tissu. La partie prépondérante se compose de cellules à noyau fortement granuleux, nettement limité, entouré d'un mince manteau de protoplasme envoyant des embranchements de tous les côtés. Ces embranchements se réunissent à d'autres venant de cellules voisines, et il en résulte un tissu ressemblant à celui du myxome. On rencontre de plus une espèce de tissu composé de noyaux pareils en tout à ceux qui viennent d'être décrits, enfouis dans une substance grenue où il est impossible de découvrir des limites cellulaires. Ces espèces différentes de tissus sont tantôt juxtaposées, tantôt superposées, et, au point où l'espace sous-arachnoïdien s'élargit, toujours à sa membrane limite interne. A côté de ces végétations cellulaires, l'endothélium pavimenteux est fréquemment tuméfié ou composé de plusieurs couches. On rencontre, dans ces amas de cellules, des matras de cellules rondes ou polygonales, à protoplasme clair et à noyau nettement limité (cellules endothéliennes). Ces corps sont ou solides ou aussi offrent çà et là des lumens dans lesquels on peut voir quelques rares corpuscules sanguins, où dont il est aussi possible de constater par place la connexion avec les vaisseaux sous-jacents.

Les saillies de l'épendyme ont une structure conforme à celle qui vient d'être décrite, mais les cellules de myxome sont plus grêles et ressemblent beaucoup à de grandes cellules de neuroglie.

Les tumeurs parfaitement développées de la base du cerveau se distinguent par une structure alvéolaire. Les parois s'en composent d'un fin tissu conjonctif fibrillaire dans lequel s'engagent les vaisseaux de la tumeur. Les alvéoles sont remplies de cellules semblables à celles que l'on trouve dans les petites tumeurs.

Ces cellules se présentent séparément ou réunies, offrant en général, dans ce dernier cas, la disposition que les cellules de myxome se trouvent principalement à la périphérie, et que les masses de tissu sans limites cellulaires occupent une position plus centrale. On rencontre parfois au centre des alvéoles des formations se composant d'une substance probablement hyaline, luisante, homogène et à grains très fins, dans laquelle des cellules stelliformes sont encastrées avec une régularité plus ou moins grande. Dans les zones de prolifération, les tumeurs montrent une structure correspondant de très près à celle des végétations naissantes.

La grande tumeur du sillon occipito-temporal offre une construction basale analogue, dans ses parties périphériques inférieures, à celle des formations alvéolaires décrites plus haut. Elle forme dans les autres parties un angiosarcome typique de Waldeyer. Elle se compose d'une abondance de vaisseaux méandreux à grand lumen et à aventice épaisse, entre lesquels se voient les cordons cellulaires. Les cellules, fusiformes, à noyau luisant, assez grand, entourent, dans la périphérie des cordons, les vaisseaux comme d'un manteau, et aux essais d'isolation se montrent solidement attachées à l'aventice. Plus au centre, elles offrent une disposition moins régulière, et sont fréquemment dégénérées. On constate souvent au centre des formations hyalines pareilles à celles reproduites dans une figure de ce travail

La tumeur est considérée comme une formation néoplastique partie de l'endothélium de l'espace sous-arachnoïdien; il s'est formé, dans le sillon occipito-temporal, une prolifération du périthélium des vaisseaux et dans les ventricules, l'épendyme a joué le même rôle que celui de l'endothélium sur d'autres points. Les vaisseaux proviennent des matras de l'endothélium et le stroma, tant des fibres du tissu connectif de l'arachnoïde que du tissu connectif accompagnant les vaisseaux, et peut-être aussi des cellules mêmes de la tumeur. Le néoplasme est exclusivement limité à l'espace sous-arachnoïdien, et végète sur quelques rares points dans la substance nerveuse, dont il suit les gaines périvasculaires. La diffusion s'est opérée par l'écoulement du liquide séreux.

On trouve des grains de psammome dans la tumeur même, mais ils sont surtout très nombreux dans la substance nerveuse entourant la tumeur. Se rattachant aux opinions de Cornil et Ranvier et d'Arnold, l'auteur en met la formation en connexion avec les vaisseaux, considérant qu'ils se produisent dans de fins tubes contenant parfois des corpuscules sanguins partant des vaisseaux, dont souvent la grandeur est hors de proportion avec celle du vaisseau mère, probablement par suite de la calcification des proliférations endothéliennes qu'ils contiennent. Ils peuvent aussi se former, à l'intérieur des vaisseaux normaux, dans des proliférations endothéliennes venant de l'intime, de même que dans des végétations cellulaires établies sur les vaisseaux, ou aussi en détachées, probablement des proliférations de l'intime renversées et détachées par étranglement. M. Svenson cite à l'appui de sa manière de voir certaines pièces.

L'auteur a recueilli dans la littérature 15 cas de formation de tumeurs primaires diffuses dans les membranes molles du système nerveux central. Il a été possible de les répartir dans les trois groupes suivants : I. Tumeurs d'origine endothélienne et avec type de cellules endothéliennes; II. Tumeurs d'origine endothélienne, mais dont les cellules ont perdu leur type endothélien; III. Tumeurs dont l'origine n'a pas pu être tracée depuis l'endothélium et qui offrent d'ordinaire la construction de sarcomes de cellules rondes.

Les cas appartenant au groupe I, les endothéliomes purs ne sont qu'au nombre de 3 (Eberth, Eppinger et Schultz). Formations de tumeurs diffuses, généralement grêles, avec cellules endothéliennes, qui ont provoqué des symptômes variables. Développement rapide, marche aiguë à durée maximum de 3 mois 1/2.

Au groupe II appartiennent 5 cas (Richter, Cramer, Jansen, Harbitz et celui de l'auteur). Doit être considéré comme la forme de transition entre l'endothélium et le sarcome. Formations diffuses de néoplasmes dans les membranes molles, offrant çà et là de grandes végétations limitées, et attaquant parfois la substance nerveuse. Partent de l'endothélium sous-arachnoïdien. Présentent en général une structure alvéolaire avec cellules d'un aspect assez variable. Durée de la maladie : 2 mois à 6 ans. Outre les symptômes de pression, images morbides variant avec la localisation.

Les cas rapportés au groupe III (Ollivier, Schulze, Coupland et Pasteur : 2 cas, Schataloff et Nikoforoff, Busch, Westphal et Lenz) sont des cas de sarcome typique des cellules rondes, et offrent l'image morbide la plus uniforme. Atteignant en général les jeunes personnes ; âge moyen de la mort, 13 ans ; marche rapide : 2 mois 1/2 à 1 an ; augmentation de la pression et symptômes locaux variant avec la place de la tumeur.

VARIA

Hôpitaux de Paris.

Cours et Conférences cliniques de MM. les Médecins, Chirurgiens et Accoucheurs.

Hôtel-Dieu. — MM. les Drs Cornil, conférences d'anatomie pathologique, jeudi, 9 h. 1/2, Laboratoire; conférences de chimie clinique, samedi, 9 1/2, Laboratoire. — Ferrand, conférences de propédeutique et de thérapeutique clinique, jeudi, 10 heures, Laboratoire de la salle Sainte-Anne. — Gingeot, clinique médicale, jeudi, 10 heures, Salles Saint-Louis et Sainte-Marie. — Polaillon, clinique chirurgicale, tous les jours, 9 heures, Salles Saint-Côme et Sainte-Marthe. — Chevalier, exercices pratiques de clinique chirurgicale et de gynécologie, tous les jours, 9 h. 1/2, Consultation.

Pitié. — MM. les Drs Albert Robin, maladies de la nutrition, lundi, 9 h. 1/2, Amphithéâtre des cours — Faisans, maladies des voies respiratoires, tous les jours, 9 h. 1/4, Salle Piorry. — André Petit, maladies du cœur, mardi, jeudi, samedi, 9 heures, Salle Trousseau. — Babinski, maladies du système nerveux, samedi, 10 h. 1/4, Annexe de la salle Grisolle. — Thibierge, maladies de la peau, vendredi, 10 h. 1/2, Amphithéâtre des cours; consultations, mercredi, samedi, 9 heures, Salle des consultations spéciales; opérations dermatologiques, mardi, 9 heures, Salle Cruveilhier. — Tuffier, clinique chirurgicale, mercredi, 10 heures, Amphithéâtre des cours. — Thiéry, exercices pratiques de clinique chirurgicale et de gynécologie, tous les jours, 9 h. 1/2, Salle de la consultation externe.

Charité. — MM. les Drs Gouraud, conférences cliniques, tous les jours, 10 heures, au lit des malades. — Oulmont, conférences cliniques, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — Campenon, conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, au lit des malades; jeudi, Amphithéâtre; opérations, mardi, samedi.

Saint-Antoine. — MM. les Drs Brissaud, maladies du système nerveux, jeudi, 10 h., Salle des conférences, en hiver. — Ballet, maladies du système nerveux, dimanche, 10 h., Salle des conférences, en hiver. — Gaucher, maladies de la peau et syphilis, lundi, mercredi, samedi, 10 heures, Salle des consultations spéciales. — A. Siredey, conférences de clinique et de séméiotique médicale, lundi, mercredi, jeudi, vendredi, 9 heures, Salles Bichat et Chomel; maladies des femmes, mardi, samedi, 10 h. 1/2, à l'annexe de la Salle Chomel. — Lermoyez, maladies du nez, du larynx et des oreilles, mardi, jeudi, samedi, 9 h. 1/2, Service des maladies du nez, du larynx et des oreilles. — Galliard, maladies du poumon et de la plèvre, mardi, 9 h. 1/2, Salle Nélaton. — Gilles de la Tourette, maladies du système nerveux, mercredi, vendredi, 10 heures, Laboratoire Axenfeld. — Bar, examen des malades, tous les jours, 9 heures, Maternité.

Necker. — MM. les Prs Rendu, leçons cliniques, jeudi, 10 heures, amphithéâtre — Henri Huchard, clinique et thérapeutique (maladies du cœur), mardi, 9 h. 1/2, Pavillons des Salles Delpech et Chauffard. — Cuffer, Conférences de microbiologie, anatomie pathologique et urologie, lundi, 9 h. 1/2, Pavillon Peter; leçons de pathologie clinique, mardi, 10 h. 1/2, Pavillon Peter; leçons cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Barth, conférences cliniques, mercredi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Routier, leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires, mardi, 9 heures, Amphithéâtre, à partir du 1er juin.

Cochin. — MM. les Drs Chauffard, conférences de clinique médicale, samedi, 10 heures, Amphithéâtre du service. — Delpeuch, maladies générales et diathèses, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, au lit des malades. — Schwartz, chirurgie générale, mercredi, 10 h. 1/2, Réfectoire du pavillon des hommes. — Quénu, pathologie chirurgicale, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades.

Beaujon. — MM. les Drs Fernet, conférences cliniques, mardi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Rigal (suppléé par M. le Dr Dalché), conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, au lit des malades. — Troisier, conférences cliniques, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — Debove, conférences cliniques, lundi, mardi, mercredi, vendredi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Théophile Anger (Dr Lejars, assistant), clinique chirurgicale, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, Amphithéâtre; Opérations de gynécologie, mardi, jeudi, 9 h. 1/2, Pavillon Dolbeau. — Championnière, clinique chirurgicale, mardi, 9 heures, Amphithéâtre; Opérations abdominales, vendredi, 9 heures, Pavillon Dolbeau. — Ribemont-Dessaignes, conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Launois, conférences cliniques, jeudi, 9 h. 1/2, Salle de la consultation.

Lariboisière. — MM. les Drs Duguet, clinique médicale, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — Gouguenheim, laryngologie, rhinologie, otologie, tous les jours, 9 heures. — Landrieux, clinique médicale, samedi, 10 heures, au lit des malades; Consultation externe de gynécologie, jeudi, 9 heures, Salle de gynécologie. — Dreyfus-Brisac, conférences de pathologie clinique, mardi, 10 heures, Salle Maurice Raynaud. — Tapret, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Muselier, clinique médicale, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — Delens, maladies des yeux, tous les jours, 9 heures, Salle de l'ophtalmologie. — Peyrot, clinique chirurgicale, jeudi, 10 heures, Grand Amphithéâtre; tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — Paul Reynier, clinique chirurgicale, samedi, 10 heures, Amphithéâtre Gosselin; tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — Bonnaire, Clinique obstétricale, tous les jours, 9 heures, Maternité.

Tenon. — MM. les Drs Brault, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. — M. Bourcy, leçons cliniques, mercredi, 10 h. 1/2, Salle Lelong; tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Le Gendre, leçons de clinique et de thérapeutique, lundi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Béclère, clinique médicale, tous les jours, 9 heures, au lit des malades; vendredi, 10 h. 1/2, Laboratoire de radioscopie et de radiographie. — Giraudeau, leçons cliniques, jeudi, 9 heures, Salle Axenfeld. — Félizet, chirurgie infantile, tous les jours excepté le jeudi, au lit des malades. — Gérard-Marchant, clinique chirurgicale, mardi, jeudi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades.

Laënnec. — MM. les Drs Landouzy, séméiotique, mardi, 10 heures, Amphithéâtre; conférences cliniques, tous les jours, 9 heures, au lit des malades; leçons cliniques, jeudi, 10 heures, Amphithéâtre. — Merklen, visite et conférences de séméiologie, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades; leçons cliniques, mercredi, 10 h. 1/2, Amphithéâtre; conférences de bactériologie, lundi, 10 h. 1/2, Amphithéâtre. — Barié, conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades; séméiologie générale et maladies du cœur, mercredi, 10 heures, Amphithéâtre. — Hirtz, conférences cliniques, tous les jours, 9 heures, au lit des malades; conférences de thérapeutique clinique, vendredi, 10 heures, Amphithéâtre. — M. Reclus, examen des malades, leçons cliniques et opérations, tous les jours, 9 heures, au lit des malades; thérapeutique chirurgicale, samedi, 10 heures, Amphithéâtre. — Paul Claisse, conférences de clinique et de thérapeutique, vendredi, 10 heures, consultation.

Bichat. — MM. les Drs Lacombe, visite des malades, tous les jours, 9 h. 1/2, Salles Andral et Récamier. — Roques, conférences cliniques, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — Terrier (Dr Hartmann, assistant), clinique chirurgicale, lundi, vendredi, 9 heures, Salles Chassaignac et Jarjavay; opérations abdominales, mardi, jeudi, samedi, 9 heures. — Barbier, conférences de séméiologie et de thérapeutique, vendredi, 10 h. 1/2, Salle de la consultation.

Broussais. — MM. les Drs Gilbert, conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours, 10 heures, au lit des malades. — Œttinger, conférences de clinique et de séméiotique, mardi, jeudi, 9 h. 1/2, au lit des malades. — Michaux, conférences alternées de chirurgie générale et de gynécologie, jeudi, 9 heures.

Boucicaut. — MM. les Drs Doléris, affections gynécologiques (grossesse, accouchement, suites de couches), mardi, 10 heures, Maternité; exercices pratiques d'obstétrique, jeudi, 10 heures, Maternité. — Sébileau, examen des malades, tous les jours, 9 heures; petite chirurgie, mardi, samedi, 9 heures; causerie chirurgicale et opérations, jeudi, 9 heures.

Saint-Louis. — MM. les Drs Hallopeau, dermatologie et syphiligraphie (leçons cliniques), dimanche, 9 h. 1/2, Salle des conférences du musée, janvier, février, mars et avril 1898. — Tenneson, consultation externe, mardi, 9 h. 1/2, 38, rue Bichat; Examen des nouveaux malades, mercredi, 9 h. 1/2, Laboratoire Alibert, leçons de dermatologie, avril, mai, juin; opérations dermatologiques, vendredi, 9 h. 1/2, Laboratoire Alibert. — Du Castel, conférences sur la dermatologie et la syphilis, samedi, 2 heures, Salle des conférences; traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi, 9 h. 1/2, Laboratoire Cazenave; examen et discussion des nouveaux malades, policlinique, jeudi, 9 heures, Salle Cazenave. — Danlos, traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi; examen et discussion des nouveaux malades, policlinique, mercredi, samedi. — Balzer, conférences cliniques, vendredi, 1 h 1/2, Musée. — Richelot, conférences cliniques, lundi et vendredi, 9 heures. Isolement; opérations gynécologiques, mardi, jeudi, samedi, 9 heures, Isolement. — Nélaton, clinique chirurgicale et

opérations, mardi, jeudi, samedi, 9 heures. — Bazy, conférences cliniques et consultations pour les maladies des voies urinaires, mardi, jeudi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades; consultations gynécologiques, lundi, jeudi, 9 h. 1/2; opérations gynécologiques, mercredi et vendredi, 9 h. 1/2.

Ricord. — MM. les Drs Alex. Renault, affections vénériennes et cutanées, mercredi, 2 heures, Salle des cours. — Queyrat, maladies de la peau (policlinique), lundi, 9 heures, Salles des cours; maladies des voies urinaires (policlinique), mardi, 8 h. 1/2, Salle d'opérations; maladies vénériennes : conférences cliniques, vendredi, 10 heures, Salle des cours; consultation externe, mercredi et samedi, Salle de la consultation; examen des nouveaux malades (conférence clinique), jeudi et dimanche, 9 heures, Salle d'opérations.

Broca. — MM. les Drs De Beurmann, leçons sur les affections cutanées et syphilitiques, mardi, 10 heures, Salle Goupil, à partir d'avril. — Brocq, petite chirurgie dermatologique, mardi, 8 heures, Salle Vidal; examen clinique des malades atteintes d'affections vénériennes, jeudi, samedi, 8 heures, au lit des malades; conférences sur le traitement des maladies de la peau, lundi, mercredi, vendredi, 8 heures, Salle de la consultation. — Pozzi, opérations, lundi, mercredi, 10 heures, Amphithéâtre du service; clinique gynécologique, vendredi, 10 heures, Amphithéâtre du service; démonstrations histologiques, mercredi, 9 heures, Amphithéâtre du service.

Enfants Malades. — MM. les Drs Descroizilles, maladies infantiles, samedi, 9 heures, Salle de consultation, mercredi, 9 h. 1/2, Amphithéâtre ou salle Blache. — D'Heilly, leçons cliniques, mardi au lit des malades. — Moizard, leçons cliniques, mercredi, samedi, au lit des malades. — Sevestre, leçons cliniques sur la diphtérie, mardi, jeudi, samedi, Salle des conférences du service — Comby, leçon de thérapeutique clinique, mardi, 9 heures, Salle de consultation; leçons cliniques, mercredi, 9 heures, Salle Chaumont. — Lannelongue (Dr Villemin, assistant), conférences cliniques, mercredi, au lit des malades, conférences faites par le Dr Lannelongue; samedi, 10 h. 1/2, Amphithéâtre, conférences faites par le Dr Villemin. — Brun, chirurgie infantile et orthopédie, tous les jours, 9 heures, au lit des malades.

Trousseau. — MM. les Drs Josias, clinique infantile, mardi, vendredi, 9 heures, Salles Blache et Barrier. — Netter, clinique infantile, mercredi, samedi, 9 h. 1/2, Salles Bouvier et Archambault. — Variot, clinique infantile, tous les jours (excepté le vendredi), de 10 heures à 11 heures, Salle Lugol. — Richardière, clinique infantile (diphtérie), tous les jours, 10 heures, Pavillon Bretonneau. — Kirmisson, chirurgie infantile, mardi et samedi, 10 heures, Salle d'opérations. — Broca, chirurgie infantile, mardi et samedi, 9 heures, Salle de consultation.

Salpêtrière. — MM. les Drs Déjerine, maladies du système nerveux, mercredi, 9 h. 1/4, Salle de la consultation externe; jeudi, 5 heures, Salle de la consultation externe; consultation externe-policlinique nerveuse, mercredi, 9 h. 1/2, Salle de la consultation externe. — Auguste Voisin, maladies mentales, jeudi, 10 heures, Section Rambuteau, à partir du mois de mai. — Jules Voisin, maladies mentales, jeudi, 10 heures, Section Esquirol, de février à mai. — Charpentier, maladies mentales, mercredi, 11 heures, Section Pinel.

La Rochefoucauld. — M. le Dr Darier, maladies de la peau, conférences théoriques et pratiques, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, Salle de la consultation externe.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

État nominatif des étudiants reçus docteurs en médecine pendant les mois de novembre et décembre 1897 (année scolaire 1897-1898).

MM. Legros. De l'arthrotomie pour la réduction des luxations antéro-internes de l'épaule. — Verdelet. Contribution à l'étude du traitement des fistules vésico-vaginales par l'occlusion du vagin. — Bousquet. Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de l'hydramnios aigue. — Bernard. De l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur. — Gassion. Contribution à l'étude de l'influence de quelques lésions cérébrales sur la gestation. — Cola. Des complications urinaires de l'hystérectomie vaginale. — Jouvenceau. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'allongement hypertrophique sous-vaginal du col de l'utérus. — Vallet. Contribution à l'étude du dégagement en occipito-sacrée. — Barot. Aperçus historiques de quelques époques médicales. — Béraud. Étude de pathologie comparée. Essai sur la pathologie des Sémites. — Chaumaret. Étude de pathologie industrielle. Pathologie de la bouche chez les souffleurs de verre. — Le Moal. De l'action anticoagulante de la peptone commerciale sur le sang du chien. — Camac. De la cholécystogastrostomie. — Chauvin. Recherches sur l'origine des vaisseaux lymphatiques dans la glande mammaire et de quelques déductions pathologiques. — Couaillac. De la conductibilité des sons dans les stéthoscopes. — Margain. L'énervement. — Pélofi. De la précocité et des perversions de l'instinct sexuel chez les enfants. — Lamarque. De la valeur de la percussion métallique combinée à l'auscultation dans le diagnostic de la pleurésie chez l'enfant. — Normant. Des sinusites frontales et de leur traitement par l'ouverture large et le drainage endo-nasal (méthode Ogston-Luc). — Perrot. De la mastoïdite de Bezold. — Le Groignec. — Des impulsions et en particulier des obsessions impulsives (étude historique). — Vaysse. De la méningo-myélite tuberculeuse. — Périneau. Des œdèmes aigus primitifs du larynx chez l'adulte. — Abadie-Bayro. Synovectomie et résection dans le traitement des formes synoviales de tumeur blanche du genou chez l'adulte. — Chabaneix. Essai sur le subconscient dans les œuvres de l'esprit et chez leurs auteurs. — Chabal. Des délires dans l'impaludisme. — Grandmaire. Une famille de phocoméliens. — Barbe. Physiologie du ligament de Bertin. — Lemasle. Essai sur le traitement du sycosis. — Duboe. De l'évolution clinique du goitre malin. — Guillemet. Des effets psycho-physiologiques de la bicyclette. — Ulry. Recherches sur la nutrition de l'œil et la cataracte naphtalinique (laboratoire clinique). — Maille. Du tubercule sous-cutané douloureux. — Brouillard. De l'emploi du formol en obstétrique. — Colin. Contribution à l'étude de l'emploi du cyanure de mercure en oculistique. — Briand. Traitement de l'épilepsie essentielle par les opérations pratiquées sur le grand sympathique cervical. — Imbert. Le délire dans la jalousie affective. — L'Herminier. Études pléthysmographiques en psycho-physiologie. — Lepinte. Essai de pathologie nerveuse. L'arthralgie hystérique du genou. — Mongie. Du traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine. — Fourcaud. Appareils de marche dans les impotences du membre inférieur. — Mielvaque. Les stations thermales et climatériques des tuberculeux — Bernon. De l'action nuisible des eaux sélénito-magnésiennes du nord africain et de leur purification. — Letournier. Du kératome sénile. — Cadet. Le pian. — Oraison. Essai sur la médication par la prostate et par les vésicules séminales dans l'hypertrophie de la prostate. — Gachet. Du rôle de la rate dans la digestion pancréatique de l'albumine. — Lassignardie. Essai sur l'état mental dans l'abstinence — Guelou. Des psychoses dans leurs rapports avec les affections des reins. — Djamdjieff. La verrue plane juvénile.

Les médecins dans la littérature.

Dans un roman publié par le *Petit Parisien* (4 avril), un des personnages, un comte, s'adresse, pour lui faire accomplir un acte criminel, à un médecin descendu au dernier degré de la misère.

« Comment en êtes-vous arrivé là ? dit le comte.

— Oh! bien simplement. Mon père était médecin lui-même, officier de santé, dans un bourg du Poitou. A sa mort, j'avais vingt ans. Je sortais d'un lycée où j'avais fait des études qu'on disait brillantes. Mon pauvre père me laissait, tout fait compte autant de billets de banque que j'avais d'années... — C'était peu. — Pardon ! c'était plus qu'il n'en avait reçu lui-même de ses parents et c'était assez, si je n'eusse été affolé par l'ambition qui nous travaille tous tant que nous sommes, celle de vivre à Paris, de nous y faire une réputation, et de l'exploiter pour parvenir à une vraie fortune. C'est idiot. Si grand que soit Paris, il n'a pas de place pour tout le monde. Je n'avais qu'à retourner dans le pays de mon père, à m'y établir à sa place, à m'y marier ; j'y aurais vécu simplement en rendant service aux autres; mais c'est une existence dont personne ne veut et j'ai été pris de la folie commune. — Il eut un ricanement de dédain.

— C'est bien fait, dit-il ; mais je ne suis pas le seul à crever de faim, allez, et ce que j'ai de confrères qui me ressemblent ! Tant pis pour eux et pour moi! Ce qui me console, c'est que ne ce sont pas toujours les meilleurs qui réussissent ! — Cependant... — Non, non! Le hasard, la veine, la réclame font autant que la science. J'avais d'ailleurs un immense défaut, je le reconnais. — Lequel ? — Une invincible timidité ! »

L'Alcoolisme.

On écrit d'Etampes (*Petit Parisien* du 3 avril). « On a trouvé, hier matin, dans le bois de Brière-les-Scellés, un cultivateur nommé Alfred Aubert, âgé de trente-sept ans, qui était pendu aux branches d'un chêne. On attribue ce suicide à des abus alcooliques. »

Enseignement médical libre.

Cours libres de la Faculté de Médecine de Paris. — M. le Dr BERILLON. Psychologie physiologique et pathologique. Applications cliniques de l'hypnotisme, mardi, samedi, à 5 heures (Amphithéâtre Cruveilhier), mardi 19 avril 1898. — M. le Dr BONNET. Radioscopie et radiographie médicales. Conférences le samedi, à 8 h. 1/2 du soir (Amphithéâtre Cruveilhier). Travaux pratiques, les

mardis et jeudis, à 2 heures, salle n° 1 (bâtiments du Musée Dupuytren), samedi 23 avril 1898. — M. le Dr DUNOGIER. Pathologie et thérapeutique dentaires, mercredi, à 5 heures (Amphithéâtre Cruveilhier), mercredi 28 avril 1898. — M. le Dr FOVEAU DE COURMELLES. Radiographie et radioscopie. Radiothérapie, lundi, à 5 heures (Amphithéâtre Cruveilhier), lundi 25 avril 1898. — M. le Dr Georges PETIT. Stomatologie : clinique et thérapeutique, jeudi, à 5 heures (Amphithéâtre Cruveilhier), jeudi 21 avril 1898.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Édouard-Constant SÉGUIN (de New-York).

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de notre ami, le Dr E.-C. SÉGUIN (de New-York), survenue le 19 février dernier, à la suite d'une douloureuse affection chronique du foie, dont il suivait la marche, qu'il savait fatale, avec un sang-froid et un courage qui ne se sont jamais démentis.

Séguin est né à Paris il y a 55 ans. Il fut amené aux Etats-Unis par son père le Dr E.-O. Séguin, alors qu'il n'avait encore que 7 ans. Il fut, dit *The Medical Record*, un brillant élève et fut diplomé par le Collège des médecins et chirurgiens de New-York, à l'âge précoce de 21 ans après avoir servi pendant deux ans comme médecin assistant dans l'armée régulière.

Après la guerre, il fut placé comme chirurgien dans différents forts du Nouveau-Mexique, où il fut envoyé sur sa demande dans l'espoir aussi d'améliorer sa santé, troublée par des accidents pulmonaires. Il en revint, au bout de quelques années, avec une santé parfaite. Il quitta l'armée et se rendit à Paris. Là il fréquenta assidûment les différentes cliniques et en particulier les cours de M. Charcot à la Salpêtrière. Il fit un second séjour en France (1870-1871) et lorsque à son retour il commença à pratiquer la médecine à New-York, sa grande habileté, ses connaissances très étendues lui attirèrent immédiatement une véritable renommée et une position des plus enviables.

Pendant près d'une quinzaine d'années, E.-C. Séguin a été professeur à la Faculté du Collège des médecins et chirurgiens. Durant le même temps, il s'adonna activement à la pratique des maladies nerveuses, fut nommé membre de plusieurs Sociétés de neurologie en Europe, publia de nombreux mémoires, des leçons, des observations relatives à la Médecine générale, à la Neurologie et à la Psychiatrie. Depuis plusieurs années, sa maladie l'avait éloigné de l'enseignement, de la clientèle et du journalisme.

Outre ses mémoires scientifiques, parmi lesquelles nous rappellerons celui qu'il a publié dans les *Archives de Neurologie* (*Contribution à l'étude de L'hémianopsie d'origine centrale*), C. Séguin a fait paraître de 1879 à la fin de 1884 un journal intitulé : *Archives of Medicine*, dans lequel on trouve de lui 35 notes ou mémoires. B.

M. le Dr Charles WEST (de Londres).

M. le Dr Charles WEST, fondateur et Médecin en chef de l'*Hospital for Sick Children* (de Londres), un des plus célèbres pédiatres du monde entier, vient de mourir à Paris, à l'âge de 81 ans.

Né à Londres le 8 avril 1816, il entra en 1831 comme médecin *apprenti* (on sait ce que ce terme signifie) chez le Dr Gray, praticien d'Amsterdam, qui fut pharmacien à St-George Hospital et auprès duquel il resta deux ans. Ayant ainsi acquis quelques connaissances indispensables dans le domaine de la Pharmacologie, il se fit inscrire en 1833 à l'Hôpital de St-Bartholomew, où il fut un des étudiants les plus brillants. Son heureuse étoile devait même le suivre jusqu'en Allemagne et en France, où l'appela son ardente curiosité et son désir d'étendre son expérience dans le champ le plus vaste. Arrivé en 1835 à Bonn, où il fut lauréat de l'Université pour un travail en latin sur le *pelvis chez la femme*, il vint à Paris en 1836, puis il se rendit à Berlin où il fut reçu Docteur en 1837. Il revint à Londres et, n'ayant pas de clientèle, profita de ses loisirs pour suivre le service du Dr Latham à St-Bartholomew. Il eut ainsi l'occasion d'observer la fameuse épidémie de fièvre typhoïde qui éclata au milieu de l'hiver 1837-38, et dont il donna un magnifique compte rendu dans le *Medical and surgical Journal* » d'avril 1838. Après un court voyage à Dublin, il revint de nouveau à Londres où il publia une traduction du travail de Naegele sur l'*Auscultation en Obstétrique*, et contribua à la rédaction d'un article sur l'*Histoire des Epidémies de Fièvre typhoïde* dans l'*Edinburgh Medical Journal*. C'est alors qu'il entra dans la voie où il devait s'illustrer plus tard. Il fut nommé, en 1842, médecin en chef du Dispensaire des Enfants dans le « Waterloo Road » qu'il fréquentait dès 1839.

Pendant sa carrière, il fit preuve d'une extraordinaire activité. En 1840, il publia une traduction du travail de Müller sur la *structure du cancer* et d'autres néoplasmes, il contribua à la publication de la *Penny Cyclopædia*, du *Biographical Dictionary*, du *Medico-Chirurgical Journal*, de la *Medical Gazette*, donnant à la pédiatrie et à la gynécologie une impulsion qu'elles n'avaient pas reçue jusqu'alors. Nommé accoucheur au Middlesex Hospital, en 1846, il fit une série de leçons remarquables sur les *Maladies des Enfants*, leçons qui ont été recueillies dans la *Medical Gazette*, puis réunies en un vovolume paru en 1848. Ce livre, qui compte déjà sept éditions, a été traduit dans toutes les langues de l'Europe et en arabe. Appelé à la chaire d'obstétrique à l'hôpital St-Bartholomew, où il avait été élève quelques années auparavant, il conquit définitivement la célébrité par ses leçons empreintes non seulement d'un rare esprit clinique, mais aussi d'une forme littéraire parfaite. Il publia à cette époque son livre sur les *Maladies des Femmes*, traduit également en plusieurs langues et notamment en français. Il conçut l'idée de l'établissement d'un véritable Hôpital d'Enfants, et s'attira la jalousie de ses confrères en voulant lui donner un commencement d'exécution ; néanmoins, l'Hôpital des Enfants, dans la Great Ormond Street, fut ouvert en février 1852. Membre du *Royal College of Physicians*, en 1842, membre correspondant de l'*Académie de Médecine* de Paris, président des *Royal Medical and Chirurgical and Obstetrical Societies*, il fit au *College of Physicians* quelques leçons sur l'ulcération de l'orifice utérin, qui qui ont été publiées plus tard. A ces publications déjà nombreuses s'en ajoute une infinité d'autres : *Quelques troubles du système nerveux dans l'enfanee*, 1871 ; *Harvey et son époque*, 1874 ; *Organisation hospitalière*, 1877 ; *Femmes Médecins*, 1878 ; *Maladies des Enfants* (*Manuel de la Mère*), 2e édition, 1887 ; *Nice et son climat* (traduit du français), 1882.

Ce dernier opuscule est dû à son séjour à Nice où il se rendit dès 1880, parce que le climat de Londres, avec ses brouillards, son humidité incessante, lui était défavorable, et où il exerça tous les hivers. Revenu définitivement à Londres dès 1885, affaibli par une attaque de névralgie, il se livra à quelques études de littérature et d'histoire ; mais il fut obligé de retourner en France où une éruption généralisée d'herpès l'affaiblit encore ; il se disposait à gagner l'Angleterre, lorsqu'il fut obligé de s'aliter à Paris, où il mourut après trois semaines de séjour, laissant le souvenir d'un travailleur acharné, d'un très grand esprit et, ce qui plus est et ce qui suffit à sa gloire, d'un médecin véritablement utile. Marcel BAUDOUIN.

M. le Pr Salomon STRICKER (de Vienne).

M. le professeur de pathologie expérimentale de la Faculté de Médecine de Vienne, M. Salomon STRICKER, une des célébrités médicales de Vienne, est mort cette semaine d'une maladie de cœur, dont il souffrait depuis longtemps. M. Stricker était né en 1834, à Waag-Neustadt, sur les frontières de la Hongrie et de la Moravie. Il fit ses premières études à Presbourg et à Budapest, puis à Vienne, sous les grands professeurs de l'époque, de 1850 à 1860, les Oppolzer, Hebra, Skoda et Dittel. En 1862, il débuta comme *privat docent* pour l'histoire de l'évolution scientifique ; dès 1868, il fut nommé professeur en titre, et en 1875 membre de l'Académie des Sciences. De nombreux ouvrages ont répandu son nom dans toute la monarchie Autrichienne et même en dehors de l'Autriche. Ennemi de tous les titres, *il n'avait jamais accepté aucune décoration ni distinction honorifique*.

C'est un homme de science de première ordre, très connu des savants français, que perd la Faculté de Vienne.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 20 mars au samedi 26 mars 1898, les naissances ont été au nombre de 1.080, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 381, illégitimes, 138. Total, 561. — *Sexe féminin* : légitimes, 384, illégitimes, 177. Total, 561.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 20 mars au samedi 26 mars 1898, les décès ont été au nombre de 1.025, savoir : 528 hommes et 497 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 0, F. 3. T. 3.— Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.— Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 12, F. 10, T. 22.— Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 3, F. 5, T. 8. — Diphtérie, Croup : M. 1, F. 2, T. 3. — Grippe : M. 4, F. 2, T. 6. — Phtisie pulmonaire : M. 136, F. 68, T. 204. — Méningite tuberculeuse : M. 14, F. 15, T. 29. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 10, T. 30. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 6, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 41, T. 57. — Méningite simple : M. 8, F. 11, T. 19. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 10, F. 23, T. 39. — Paralysie, M. 4, F. 3, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 4, T. 8.— Maladies organiques du cœur : M. 21, F. 42, T. 63 — Bronchite aiguë : M. 7, F. 12, T. 19.— Bronchite chronique : M. 14, F. 15, T. 20.— Broncho-pneumonie : M. 28, F. 15, T. 43. — Pneumonie : M. 24, F. 31, T. 55. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 31, F. 23, T. 54.— Gastro-entérite, biberon : M. 11, F. 8, T. 19. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 4, T. 11. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 4, T. 5. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 18, F. 21, T. 39. — Sénilité : M. 12, F. 28, T. 40. — Suicides : M. 15, F. 8, T. 23. — Autres morts violentes : M. 9, F. 6, T. 15. — Autres causes de mort : M. 83, F. 66, T. 149. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 6, T. 11.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 86, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 33, illégitimes, 11, Total : 44. — *Sexe féminin* : légitimes, 28, illégitimes, 14. Total : 42.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. RIEFFEL (Henri), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, à dater du 1er octobre 1898, chef des travaux anatomiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. le Dr MOUSSOUS, professeur de clinique obstétricale, est nommé professeur honoraire.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS. — M. THIBAULT, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1897-1898, d'un cours de pathologie médicale.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOULON. — M. le médecin de 2e classe ETOURNEAU a été nommé pour deux ans à l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de Toulon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nous rappelons à nos lecteurs parisiens et en particulier aux étudiants que la Bibliothèque de l'Académie de Médecine reste ouverte tous les jours, sauf le lundi 11 courant.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Le Secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, M. Berthelot a donné lecture d'une lettre par laquelle M. le Dr Zambaco pacha, de Constantinople, ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris, membre associé national de l'Académie de Médecine, l'auteur bien connu de remarquables travaux, notamment sur la lèpre et les affections dermatiques de l'Orient, pose sa candidature au titre de correspondant national, vacant dans la section de médecine, en remplacement du Dr Tholozan, de Téhéran, décédé.

L'UNIVERSITÉ AU CONSEIL MUNICIPAL. — M. Astier a fait, au Conseil municipal, décider qu'une commission de dix membres, nommés par le Conseil, sera chargée d'étudier la question des rapports de la Ville avec l'Université de Paris.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin de 2e classe Parin, aide-major au 6e régiment d'infanterie de marine à Brest, est destiné aux troupes à Madagascar, en remplacement de M. le Dr Olivier (L.), qui a terminé la période réglementaire de service colonial et qui est affecté au 6e régiment à Brest. M. Parin prendra passage sur le paquebot partant de Marseille le 25 avril 1898.

Liste de départ pour les colonies de MM. les médecins principaux de 1re et de 2e classe du service des troupes de la marine. — *Médecins principaux* ; Cauvet, Trabaud, Vantalou, Négadelle, Alix (P.-M.), Prat, Curet, Alix (L.). — *Médecins de 1re classe* : Castellan (H.), Branellec, Vallot, Reboul, Fortoul, Arami. — *Médecins de 2e classe* : Parin, Pourtal, Mesny, Maillin.

MÉDECINS CANDIDATS DÉPUTÉS. — Un congrès des maires du canton de Lens et de Carvin, tenu dimanche à Carvin, a désigné comme candidat à opposer à M. Basly, député de la première circonscription de Béthune, M. le Dr Thelliez, maire d'Hénin-Liétard. — M. le Dr Paul VIGNÉ (d'Octon), qui se réclamait, en 1893, du programme socialiste de Marseille, apparaît cette fois avec l'étiquette de radical-socialiste. — Dans le congrès des maires et adjoints des communes de l'arrondissement de Montmorillon, M. Demarçay, député sortant, a rendu compte de son mandat. Sa candidature a été ensuite adoptée par acclamation. M. Demarçay aura comme concurrent radical le Dr Contancin, conseiller municipal de Montmorillon. — Dans l'Aveyron, M. le Dr Jules DURAND, de La Tricherie, candidat républicain catholique, dans la première circonscription de Rodez, annonce qu'il retire sa candidature.

INSTITUT GYNÉCOLOGIQUE DE BUKAREST. — M. le Dr Georges ASSAKY, agrégé d'anatomie des Facultés de Médecine françaises est chargé de la direction de l'Institut gynécologique de Bukarest.

LE CONGRES DE MADRID. — Au Conseil municipal de Paris, dans la séance du 28 mars, M. Bellan, syndic du Conseil municipal, a fait autoriser l'ouverture d'un crédit de 5 000 francs, destiné à faire face aux frais de déplacement de cinq délégués, chargés de représenter le Conseil au Congrès international d'hygiène et de démographie qui se réunit à Madrid. La délégation, composée, ainsi que nous l'avons dit précédemment, de MM. Navarre, président; Paul Brousse, Rebeillard, Berthaut et Félicien Paris, conseillers, comprendra en outre MM. A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement; Dr Bertillon, chef de la statistique; Bechmann et Launay, ingénieurs en chef de l'assainissement; et L. Masson, inspecteur des travaux sanitaires.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. le Dr Vermullen (Paul), adjoint au maire de Bergues, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Bergues.

LES BEAUX-ARTS ET LES HÔPITAUX. — L'administration des hospices d'Anvers possédait un tableau attribué à Adam van Noort, représentant le Christ sur les genoux de sa mère. On vient de découvrir que ce tableau n'est ni plus ni moins qu'un Jordaens. C'est en compulsant les archives de l'administration des hospices que l'on trouva consigné dans un registre qu'en 1679 le gendre de Jordaens, en exécution des dernières volontés de son beau-père, fit remettre ce tableau ainsi qu'une somme d'argent à l'institution charitable de Maagdenhuis.

DÉCLARATION DES MALADIES CONTAGIEUSES. — La Conférence du stage des avocats à la Cour de cassation, dans la séance du 26 mars 1898, a discuté la question suivante : « La diffamation dont un médecin, tenu de faire à l'autorité publique la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous son observation, a été l'objet, à l'occasion de ce service, est-elle de la compétence de la Cour d'assises ? » La Conférence a adopté la négative.

SERVICE DES PROMPTS SECOURS A NANTES. — Le service des prompts secours aux blessés est organisé à Nantes et fonctionne depuis le 25 mars. En conséquence, le public pourra, en cas de besoin, s'adresser pour le transport des blessés ou les premiers soins à donner, à tous les postes de police et à ceux des sapeurs-pompiers, savoir : l'Hôtel-de-Ville, caserne de la Visitation, rues de Vertais, Lamoricière et Menou. — On se rappelle que c'est à la suite de plusieurs articles, publiés par nous dans les *Archives provinciales de Chirurgie*, que ce service a été créé à Nantes. — Tout vient à point qui sait attendre ! M. B.

RÉCOMPENSES. — Le *Journal officiel* publie une liste de médailles d'honneur et de mentions honorables décernées à diverses personnes qui ont accompli des actes de courage et de dévouement. Nous relevons dans cette liste les cas suivants : Médailles d'argent de 2e classe : Mme Fournier (Honorine), en religion sœur Hilarion, infirmière à l'hôpital de Bourg (Ain) ; Mme Badiou (Virginie), en religion sœur Juliette, domiciliée à Goudet (Haute-Loire), (1848-1898).

HÔPITAUX DE PARIS. — *Hospice de Brévannes.* — Le jury du concours pour la place de médecin résidant à l'hospice de Brévannes est définitivement constitué de la manière suivante : MM. Oettinger, Roques, Toupet, Delens et Rieffel.

Hôpital d'Angicourt. — Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 25 mars, a approuvé les plans et devis relatifs à l'achèvement du premier pavillon de l'hôpital des phtisiques d'Augicourt, et a voté un crédit de 500.000 francs pour couvrir ces travaux.

HÔPITAL NOUVEAU D'AUBERVILLIERS. — Au Conseil municipal, M. Brard a rappelé que le Conseil a invité M. le Préfet de la Seine à faire préparer un projet d'hôpital modèle, qui serait construit à Aubervilliers, et à inscrire au budget de 1899 des crédits suffi-

sants pour que la construction de cet hôpital soit terminée avant l'Exposition de 1900. La proposition de M. Brard, appuyée par un grand nombre de conseillers, a été renvoyée à l'examen de l'Administration.

La Femme et l'Antialcoolisme. — M. le Dr Legrain, fondateur et président de la Ligue nationale contre l'usage des boissons spiritueuses, a fait avec l'aide de Mme Legrain, le dimanche 27 mars, à trois heures et demie, 14, rue de Trévise, une conférence publique et gratuite sur le « rôle de la femme dans la lutte antialcoolique ».

Maladies contagieuses. — *Législation.* — Dans sa séance du 18 mars, la section du contentieux du Conseil d'Etat a rendu un arrêt décidant que « s'il appartient au maire d'user des pouvoirs de police qui lui sont confiés par la loi du 5 avril 1884, dans le cas où un propriétaire aurait négligé de prendre des mesures de précaution rendues nécessaires par la présence de malades (non payants dans l'espèce) soignés à l'intérieur de son habitation, il ne peut, sans porter atteinte au droit de propriété du requérant, interdire à ce propriétaire de recevoir chez lui aucune personne affectée de tuberculose ou d'autre maladie réputée contagieuse ». (*Sem. méd.*).

Médecins-Commissaires de Police a Paris. — M. Charon, ex-interne des hôpitaux de Paris, est nommé commissaire de police inspecteur des établissements classés dans le département de la Seine.

La réinstallation de l'Académie de Médecine. — Au cours de la discussion du budget, le Gouvernement a pris l'engagement de déposer à bref délai un projet de reconstruction de l'Académie de Médecine. Cette Académie est actuellement logée, à loyer, dans un coin de l'hôpital de la Charité. Elle est installée dans des conditions défectueuses, misérables. Pour mettre fin à cette situation, le gouvernement vient de demander à la Chambre l'autorisation d'acquérir pour une somme ne dépassant pas 1.500.000 francs : 660,000 francs pour le prix de l'immeuble et 835.000 francs pour les travaux, l'immeuble qu'occupait rue Bonaparte n° 16, un ancien mont-de-piété, et d'y faire procéder aux travaux de réinstallation de l'Académie de Médecine.

Le Chauffage des voitures. — M. André Lefèvre, au Conseil municipal de Paris, a questionné le préfet de police sur le chauffage des voitures publiques. Il dit qu'il a retardé jusqu'à ce jour cette interpellation afin que les compagnies n'en tirent pas prétexte pour répondre que le temps leur a fait défaut ; la santé publique est mise en péril par le système adopté par les compagnies, car le public est exposé aux émanations de l'oxyde de carbone que dégagent les briquettes; cet inconvénient a été signalé par M. Armand Gautier en 1889 et le préfet de police rendit une ordonnance interdisant l'usage des briquettes sans des appareils spéciaux permettant le dégagement des gaz à l'extérieur. M. Lefèvre ajoute que la Compagnie des Omnibus fait circuler encore 170 voitures dépourvues de tuyaux de dégagement à l'extérieur, et il conclut en proposant au Conseil d'adopter un projet de délibération ainsi conçu : « Le préfet de police est invité à mettre les compagnies en demeure de se conformer aux prescriptions du Conseil d'hygiène et à les informer qu'à partir du 1er octobre prochain le permis de circulation sera retiré à toute voiture munie d'un appareil de chauffage non approuvé par ledit Conseil. » Le préfet de police répond qu'il est d'accord avec M. Lefèvre sur la gravité de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone; il a demandé un rapport à M. Paul Adam, inspecteur du service des établissements classés, sur le chauffage des voitures, et sur le vu des conclusions de ce rapport il a fait immédiatement notifier à la Compagnie des Omnibus d'installer dans ses voitures un materiel qui soit conforme aux décisions du Conseil d'hygiène et à l'ordonnance du 20 août 1847.

Les Sciences a l'Exposition de 1900. — Voici la composition des bureaux de groupe de l'Exposition de 1900, susceptibles d'intéresser nos lecteurs. Groupe III (instruments et procédés généraux des lettres, des sciences et des arts) : président, le colonel Laussedat, membre de l'Institut; secrétaire : M. Layus, secrétaire du Cercle de la librairie. — Groupe XVI (économie sociale, hygiène, assistance publique) : président M. Siegfried; secrétaire, M. de Seilhac, délégué permanant du Musée social.

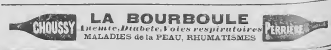
Les Droits universitaires. — Le conseil de l'Université de Paris vient d'édicter, conformément aux articles 9 et 10 du décret du 21 juillet 1897, un règlement nouveau sur la dispense des droits universitaires. En voici l'analyse : Les étudiants régulièrement inscrits dans une Faculté peuvent, sans acquitter de nouveaux droits d'inscription et de bibliothèque, se faire inscrire à la Faculté des Sciences en vue du certificat d'études supérieures de géographie physique, mais ils sont tenus d'acquitter les droits de travaux pratiques afférents à ce certificat. Les fonctionnaires des établissements publics d'enseignement secondaire et d'enseignement primaire, les fonctionnaires régulièrement agréés au collège Stanislas, au collège Sainte-Barbe et à l'Ecole alsacienne sont dispensés, s'ils sont en activité de service ou en congé d'un an, des droits d'immatriculation afférents aux licences et aux certificats d'études supérieures dans les Facultés des sciences. Ces fonctionnaires, de plus, sont dispensés des droits d'immatriculation afférents aux agrégations de l'enseignement secondaire. Les articles suivants fixent dans quelle mesure et sous quelles conditions peuvent être accordées les réductions des droits de travaux pratiques afférents aux certificats d'études supérieures des sciences. Sont dispensés de verser ces droits, ainsi que les droits d'immatriculation, les préparateurs régulièrement nommés à la Faculté des sciences par application du décret du 25 janvier 1896, en activité de service ou en congé d'un an. Il n'est rien innové en ce qui concerne les boursiers de licence ou d'agrégation.

Monument au Dr J. Rochard. — Nous apprenons que, sur l'initiative du comité du monument J. Rochard, présidé par M. le Dr Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine, le Conseil municipal de la ville de Saint-Brieuc vient de décider que ce monument serait érigé sur le rond-point situé au haut de la rue des Merles, laquelle prendra dorénavant le nom de rue J.-Rochard. — Nous enregistrons cette nouvelle avec d'autant plus de plaisir que le *Progrès médical* a été l'un des premiers à rendre, par la plume de son collaborateur Marcel Baudouin, un juste hommage à la mémoire de l'homme de bien et du savant que fut J. Rochard.

Conférence de la Croix-Rouge française. — *Union des Femmes de France.* — La deuxième séance de travail-conférence a eu lieu à Nantes le mercredi 16 mars. La conférence a été faite par M. le Dr Malinas, médecin chef de l'hôpital mixte de Nantes, qui avait choisi pour sujet : *Le sanatorium de Nossi-Comba pendant l'expédition de Madagascar.*

Suicide d'un Étudiant en Médecine. — On écrit de Lyon que les élèves de l'Ecole du service de santé militaire ont été douloureusement émus par le suicide d'un de leurs camarades étrangers, Achmed Mirza, fils d'un médecin du schah de Perse. Ce jeune homme qui achevait, à Lyon, ses études médicales, avait été vivement chagriné par le départ de deux de ses compatriotes entrés, depuis l'année dernière, au Val-de-Grâce. Il chercha un dérivatif dans un travail acharné ; sa santé ne tarda pas à se ressentir de ce surmenage et il dut, il y a quelque temps, entrer à l'hôpital Desgenettes. Liberté entière était laissée au jeune Persan pour faire des promenades au dehors. Un élève français était chargé de l'accompagner dans ces sorties pour essayer de le distraire de ses préoccupations. Un soir, Achmed Mirza, prétextant un peu de fatigue, quitta son camarade pour aller prendre du repos dans une chambre qu'il avait louée. A huit heures, ne voyant pas revenir le jeune Persan, l'élève chargé de l'accompagner alla le rejoindre dans sa chambre. Il le trouva étendu sur son lit en proie à d'atroces souffrances. Le malheureux s'était empoisonné en absorbant une grande quantité d'atropine. Transporté aussitôt à l'hôpital Desgenettes, Mirza succombait quelques heures après malgré des soins empressés.

Nécrologie. — M. le Dr Giraux, président de la Société académique de la Marne, président de la Société météorologique, décédé à Châlons-sur-Marne, à l'âge de 57 ans. — M. le Dr Aristide Lacaille (de Paris), lauréat de la Faculté. — M. le Dr Rudolf Schneider, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de Médecine de Kœnigsberg.



Le Rédacteur-Gérant: Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES 71.

Le Progrès Médical

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Prostitution en France.

LES RÉFORMES DE M. BÉRENGER (*suite et fin*) (1).

ÉPURATION DES MOEURS PAR LA RÉPRESSION DE LA LICENCE DES PUBLICATIONS ET DES THÉATRES.

De la Police des mœurs à la Censure des mœurs. — Seconde partie des réformes de M. Bérenger.

Par le Dr FIAUX.

Nous abordons la seconde partie de l'œuvre de M. Bérenger. A deux ans d'intervalle, en effet, l'honorable sénateur, poursuivant imperturbablement la réalisation de ses vues réformatrices, a saisi de nouveau le Sénat de propositions législatives, basées cette fois sur les observations que lui suggèrent certaines formes de la littérature contemporaine et les mœurs qu'il croit en découler. Cette seconde discussion complète à ses yeux la première. A la vérité, l'ordre logique eût exigé, contrairement à l'ordre chronologique suivi par M. Bérenger, une inversion dans les débats, et l'étude de la prostitution qu'à son point de vue particulier M. Bérenger a marqué tenir pour la manifestation ultime et synthétique des mauvaises mœurs, devait venir après l'étude de ses causes générales et notamment de ses causes littéraires. M. Bérenger n'en a point jugé ainsi. Mais non plus cette fois que la précédente il n'a mis le public en face d'un plan d'ensemble préparé et arrêté, solidement assis sur une conception définie et complète, et qu'il s'agisse d'une théorie générale ou d'un détail caractéristique, on ne sent jamais dans ses propositions des dessous de méditations et de principes qui permettent avec lui une de ces fortes prises à partie, un de ces corps-à-corps bien liés si intéressants pour des débats législatifs ou intellectuels vraiment utiles.

1. — *Tableau d'une décadence morale. — Causes littéraires de la licence publique* : LA PRESSE, *ses feuilletons, chroniques et nouvelles, ses annonces, ses petites correspondances*; 2° LA RUE, *les kiosques et l'exhibition de dessins et illustrations, les bibliothèques de chemins de fer, les affiches illustrées et peintes, les prospectus sur le trottoir et à domicile. — Une parenthèse sur certains acquittements en police correctionnelle et certaines promotions dans la Légion d'honneur.* — 3° LE THÉATRE et *les pièces de MM. X..., Y..., Z...*; le CAFÉ-CONCERT, le CABARET ARTISTIQUE, la CHANSON, le COLLANT. — *Les remèdes de M. Bérenger.*

La thèse de M. Bérenger est d'une très grande simplicité : il la présente avec cette assurance et cette émotion, qui, aux yeux de beaucoup, sont déjà comme la preuve des faits (1). Jamais la licence de lettres n'a été aussi grande; jamais, à sa suite, l'immoralité publique n'a éclaté en de telles saturnales; la littérature française est viciée, et de son éclaboussure elle ne tache pas seulement la gloire du pays à l'étranger, elle en corrompt le sang et les mœurs; elle exerce sur la jeunesse une influence dégradante. Il faut remonter à la Régence, au Directoire pour trouver un tel abaissement. Le marquis de Sade a laissé mieux que des imitateurs, de magistraux émules. M. Bérenger cite le personnage sans hésitation pour peindre l'horreur de la crise morale que nous traversons.

Cette littérature d'empoisonnement public trouve trois champs pour s'essaimer : le *journal* avec ses romans-feuilletons, ses nouvelles et chroniques, et sa quatrième page d'annonces; la *rue* avec le spectacle des feuilles illustrées appendues aux devantures des kiosques; le *théâtre* sous sa forme ancienne mais altérée et sous sa forme plus nouvelle de chanson de *café-concert*.

M. Bérenger s'attaque d'abord à la presse. Déjà dans sa première tentative de réforme spéciale, il avait par un article du projet voté réclamé un emprisonnement de un mois à deux ans et une amende de 16 à 3.000 fr. pour quiconque aurait commis le délit d'outrage aux mœurs par voie d'écrits, prospectus, dessins, etc., offerts ou vendus. Pour M. Bérenger, en effet, la presse est l'ennemie de vieille date particulièrement à mâter sous un régime de liberté. Sa première menace n'était pas vaine. Faut-il voir dans cette attitude le ressentiment inconscient des désapprobations que la presse ne lui a pas ménagées et de l'insuccès de ses tentatives? On y serait poussé. Quand M. Bérenger parle du journal quotidien, instrument de vogue pour les romans scandaleux, et remonte de ce rez-de-chaussée, berceau de l'immoralité littéraire, aux premières colonnes occupées aujourd'hui par le conte gaillard; quand il attaque dans nombre de feuilles de grand format une telle transformation de rédaction et de sujet, c'est en dernière analyse moins l'exil de l'article politique et du courrier parlementaire en seconde page qu'il paraît déplorer que l'existence même du journal. On ne saurait s'y tromper : il a soin de rappeler l'heureux temps où il n'existait point de journaux; alors « la littérature immorale était réduite à se produire sous la forme du livre; on pouvait la trouver sur les rayons secrets de quelque bibliothèque; elle pouvait se colporter dans les ruelles, mais elle n'atteignait ainsi qu'un public spécial et restreint. La création du journal quotidien est venue lui donner une bien autre force... » Voilà une grosse et aventurée assertion! La vérité est-elle que

1) V. *Progrès médical* des 31 [illegible] vembre et 14 décembre 18[illegible]. — [illegible] n'[illegible] pas, [illegible] le premier, un rap[illegible] questions de médecine publique, nous cr[illegible] pouvoir [illegible] pour compléter l'examen des projets de loi de M. Bérenger, ces projets d'hygiène et de moralité étant con[illegible] dans l'[illegible] de leur auteur. (*Note de la rédaction*). Un [illegible] plus heureux que le projet relatif à la police des mœurs, le projet relatif à l'épuration des mœurs a été soumis à l'examen de la Chambre; M. le député d'Estournelles, chargé du rapport, a pu, dans la dernière session, le lire à la commission qui l'a adopté après avoir quelque peu modifié le projet de M. Bérenger voté par le Sénat. Malheureusement tout ce travail parlementaire est inutile, la Chambre était arrivée à l'expiration de son mandat.

1) Les 8 et 9 avril 189[illegible], M. Bérenger a exposé à la tribune du Sénat l'ensemble de ses critiques. Deux mois après, les 11 et 18 juin, il a discuté de concert avec le gouvernement, la rédaction d'un projet de loi destiné à compléter la loi du 2 août 1882 particulièrement dirigée contre la licence des écrits.

l'existence de la presse soit en relation étroite avec l'explosion de la littérature licencieuse? qu'il y ait coïncidence et simultanéité entre entre ces deux manifestations liées et inséparables?

M. Bérenger a contre certains journaux deux autres griefs.

Le premier, c'est cette nouveauté qui consiste à illustrer un conte scabreux par des dessins. Le style de l'auteur n'est pas suffisant à faire surgir la silhouette des personnages dans l'imagination du lecteur; il emprunte au crayon d'un petit artiste un commentaire plus scénique. Sans enfler la voix, nous conviendrons qu'il est non pas des nudités, mais des groupements de nudités, des ameublements dont l'assemblage sur un dessin exposé constitue des évocations, des initiations et même des invites dont l'intention est loin d'être artistique. Faut-il toutefois aller jusqu'à évoquer, comme fait presque M. Bérenger, la collaboration de l'Arétin et de Jules Romain?

L'autre grief de M. Bérenger contre des journaux suffisamment désignés est l'hospitalité payante donnée à ce qu'on appelle les *petites correspondances*. Le même jour que les agences matrimoniales font leurs énumérations de prétendus, que les domestiques sans place font leurs offres de service, toute la fraction galante d'un monde parfois authentique et le demi-monde, sont admis à échanger en quatrième page, plus discrètement qu'au guichet de la poste-restante et que sur l'asphalte, leurs demandes et réponses, leurs rappels et accords; il est exact que plus d'une tarife le prix de son accueil après énumération sommaire de son âge, de ses vertus physiques, intellectuelles, artistiques et même morales. Ici encore l'observation de M. Bérenger n'est pas hors de propos, et, si l'on se place à ce point de vue vieillot sans doute, mais non encore mis de côté, d'une presse ayant un rôle d'éducation et d'instruction publiques à remplir, il ne semble pas que les colonnes de feuilles qui ont la prétention d'être « sérieuses et correctes » doivent être comme le prolongement du trottoir. De là toutefois à poursuivre ces journaux pour cette hospitalité donnée à la « petite Bourse de la débauche », comme dit spirituellement M. Bérenger, il y a de la marge, et à moins d'incriminer l'intention, la poursuite ne sera pas facile : les petites-correspondances en effet sont rédigées tantôt en monosyllabes hiéroglyphiquement abréviatifs seulement intelligibles pour les intéressés, tantôt en termes sans doute suffisamment clairs mais d'un irrépréhensible aspect, et la critique morale est plus aisée que l'intervention judiciaire.

Des « dangers actuels du journal », M. Bérenger vient aux « dangers de la rue ». Il ne s'attaque plus au premier de tous, à la femme *oculis*, *voce*, *manu vocans*, recrutant selon la formule du Digeste, *palam*, *sine delectu*, *pecuniâ acceptâ*; il s'en prend aux offenses issues de l'affiche, de l'exhibition de titres et dessins risqués, de la distribution de certains prospectus.

M. Bérenger trouve que l'affiche s'étale sur nos murs « avec une effrayante liberté »; il félicite toutefois la Préfecture de police d'avoir pris les devants et empêché que la ville fût plus longtemps « souillée ». Ici l'optique de M. Bérenger nous paraît singulière. En réalité l'affiche illustrée, l'affiche peinte a été renouvelée dans sa facture, son dessin, sa silhouette des choses et des personnes, par des artistes d'une observation très-contemporaine et d'une maîtrise indiscutée; on pourrait presque la mettre au rang des petites œuvres d'art, et nombreux sont les exemplaires qui figureraient d'agréables tableautins de genre. L'impression qui se dégage de cette vaste illustration de nos murailles infatigablement renouvelée, souvent même plusieurs fois par jour, est multiple : on y sent une intense activité laborieuse et commerciale, un grand mouvement de finances, une vibrante vie matérielle et intellectuelle, mais, quant à y trouver, comme note dominante, une « effrayante obscénité », même en examinant avec les plus grossissantes lunettes de la *Société contre la licence des rues* les affiches des bals publics, nous y renonçons.

M. Bérenger voit d'un œil non moins mauvais la distribution « si funeste » des prospectus, surtout ceux que font distribuer les brasseries où servent des femmes. M. Bérenger persiste à ne point se rendre compte de la modification profonde que les mœurs ont imprimée aux formes de la prostitution contemporaine; la disparition des maisons de tolérance, ce rouage ignoble et malsain de la vieille prostitution policière, est le signe le plus évident de cette transformation que nulle mesure n'a pu entraver. Sans embouer sa plume à faire le procès parallèle de la brasserie et de la maison, il est cependant permis, au nom même d'une moralité publique éclairée, de mettre l'une très au-dessus de l'autre; certes, si l'alcoolisme règne chez les deux sortes d'établissements, au moins dans les brasseries les femmes ne sont pas contraintes; nul contrat ne leur impose la nudité, l'internement, les amendes pour causes innommables, et le consommateur de la table de marbre ne se transforme en un autre genre de visiteur que s'il est agréé d'elles; tous les attributs de la liberté civile sont ici respectés et nous plaignons le législateur sénatorial ou autre que ce simple mot ne touche pas. La teneur de ces prospectus est du reste surtout banale : après l'enseigne, vient l'invariable rubrique « service fait par des dames costumées », avec indication de leur nombre et du genre même de costume. La réclame matériellement obscène est absente sur ces petits carrés de papier muticolores, dont la Préfecture gêne d'ailleurs la distribution. Puisque ces appels de l'immoralité font à ses yeux scandale, on s'étonne que, lorsqu'il s'est occupé de la prostitution réglementée, M. Bérenger n'ait pas pris à partie les réclames des maisons, leur numéro spécial, leurs persiennes à fermeture provocante, leur bonne à tablier blanc en faction d'appel au tambour extérieur, enfin leurs prospectus — leurs propres prospectus — distribués, eux aussi, sur la voie publique, dans les gares, les cafés, aux sorties de théâtre, dans les bals publics quotidiens, au bal de l'Opéra! Un inspecteur de police a réuni pour nous nombre de ces réclames, dont nous avons fait mention dans un ouvrage d'hygiène : ici il ne s'agit plus de dames costumées; les signes physiques ou symboliques de la prostitution sont imprimés et gravés, de telle sorte qu'il serait scabreux d'en représenter même dans un but honnête tous les spécimens. Nous n'avons pas souvenance que M. Bérenger, à qui ses études techniques ne permettent point de les ignorer, s'en soit même préoccupé.

Les prospectus dangereux ne se contentent pas de la voie publique, ils franchissent même le seuil du domicile privé, distribués par la poste ou des porteurs particuliers; ils deviennent ainsi accessibles à l'indiscrétion... légitime des personnes de la famille du destinataire, des femmes, des jeunes filles. Ils offrent, ces prospectus-ci, des livres licencieux, des photographies et même des « objets ignobles ». Est-ce là un délit nouveau, comme le prétend M. Bérenger — ce qui, par parenthèse, prouverait que le trottoir n'est pas si praticable au commerce de la licence publique, puis qu'elle cherche à

s'introduire discrètement dans le privé des gens? La loi du 2 août 1882, à la vérité, ne le prévoyait pas, bien que cette distribution à domicile fût usitée en librairie de temps immémorial. D'ailleurs les exagérations de M. Bérenger éclatent ici plus que jamais. On sourit quand on voit M. Bérenger raconter avec grand sérieux, pour prouver l'urgence de la répression, qu'il y a *quelques années* une librairie *étrangère* a adressé aux membres du Sénat eux-mêmes des prospectus licencieux; que plus récemment une maison française expédiait des catalogues où l'on relevait les titres d'ouvrages qui *devaient être fort dangereux* : or — c'est M. Bérenger lui-même qui l'ajoute — devant le tribunal, il se trouva que les titres seuls étaient suggestifs, le texte même des livres était « innocent » (*sic*), de sorte, conclut M. Bérenger, « qu'il y avait là à la fois outrage à la morale publique et escroquerie! » M. Bérenger cite encore le cas de *deux* bandagistes parisiens qui en même temps que des appareils « utiles » vendaient des « objets innommables! » Le cas assurément n'était pas pendable puisque, toujours au dire de M. Bérenger, la loi Bérenger a rendu la condamnation de l'un des délinquants presque platonique. M. Bérenger va-t-il demander l'abrogation de sa loi? *Patere legem quam ipse fecisti.* Voilà cependant les spécimens de ces graves délits qui commandent de serrer les mailles de la loi. Qelques tribunaux ont m ême été plus loin : ils ont acquitté les auteurs de livres poursuivis sur la dénonciation de la *Société contre la licence*, sous l'inintelligible prétexte que ces ouvrages n'étaient pas plus immoraux que ceux qui avaient valu la décoration à tel et tel homme de lettres de renom parisien. Une pareille indulgence met M. Bérenger hors de lui. Contre ce délit de prospectus distribué à domicile, M. Bérenger réclame la poursuite, la saisie partout, même dans le panier aux imprimés du bureau de poste!

Cette question du livre dangereux tient si fort au cœur de M. Bérenger que, prenant à partie les gares de chemins de fer où on lit beaucoup, il s'indigne de la facilité avec laquelle la maison concessionnaire du monopole des bibliothèques en ouvre aujourd'hui l'étalage à des ouvrages édités ailleurs que par elle : il semble regretter le temps où elle exerçait une étroite et partiale sélection et — par un petit sophisme — s'ingénie même à la représenter tellement effrayée des critiques qu'un député de talent, M. Maurice Barrès, a portées contre elle, qu'elle donne maintenant hospitalité non seulement aux livres publiés par des maisons rivales, mais à des productions scandaleuses!

M. Bérenger arrive enfin à la dernière cause littéraire d'immoralité publique, aux dangers de la scène, par la pièce de théâtre et le chanson de café-concert ou de cabaret artistique.

La manière dont M. Bérenger introduit la question est caractéristique, et plus d'un qui aurait arrêté un discours de moraliste sur l'influence de la comédie ne s'en serait certes pas avisé : c'est qu'à l'inverse des livres incriminés plus haut dont le texte est irréprochable et le titre immoral, les pièces les plus dangereuses ont un titre de la plus conviante innocence! Quoi de plus rassurant que ces titres, *le Dindon, le Partage*, pour citer les pièces mêmes que cite M. Bérenger? Sur la foi de « l'affiche tout à fait impropre à mettre en défiance », un père de famille, se promettant de faire passer à ses enfants et notamment à ses filles une soirée agréable et instructive avec l'aide d'actrices connues pour jouer des rôles d'ingénues, Mme Lavigne, Mme Réjane, par exemple, prend tout heureux trois ou quatre places au Palais-Royal, au Vaudeville. Quelle n'est pas sa stupéfaction, son indignation! *Le Dindon*, loin d'être, comme il le croyait, une simple pastorale n'est qu'une histoire de débauche citadine! Et *le Partage*, qui, pensait-il, allait tout uniment montrer comment un père de famille équitable fait une exacte répartition de son bien entre ses enfants, est une pièce amoureusement, follement passionnelle! Que l'auteur de cette dernière pièce n'a-t-il mis un sous-titre, l'avis classique! *La Femme, le Mari et l'Amant*, ou bien *Dangers de la villégiature maritime pour jeunes mères seules*! que savons-nous, quelque chose enfin! Le père de famille eût été prévenu. Beaumarchais sous-intitulait bien *Le Mariage de Figaro — La Folle Journée* : au moins, il y avait là un indice; le passant, avant de devenir spectateur, pouvait se consulter, hésiter, s'abstenir grâce à ce sous-titre légèrement inquiétant. Mais nos jeunes auteurs contemporains n'ont point de ces scrupules; c'est de leur part une véritable trahison... et ces MM. G. Feydeau et A. Guinon n'ont pas seulement commis le délit de pièces immorales, mais aussi le délit d'abus de confiance.

M. Bérenger le déclare positivement : de telles pièces seraient « peut-être admissibles — si elles annonçaient toujours au public par leur titre ce qui peut s'y rencontrer (*textuel*) ».

Par cette concession toutefois, M. Bérenger s'avance beaucoup et laisse croire à une indulgence dont il n'est point en réalité capable : à peine, en effet, a-t-il concédé, qu'il se rétracte aussitôt. Les auteurs du *Dindon*, du *Partage* avaient négligé d'expliquer leur pièce par un titre d'affiche loyal, c'est un reproche que M. Maurice Donnay esquive en appelant clairement sa comédie *Amants*! Maintenant qui pourrait s'y tromper, et ceux qui ont franchi le seuil du théâtre de Mme Sarah Bernhardt, n'étaient-ils point aussi dûment avertis que s'ils avaient lu au balcon d'une fenêtre demi-mondaine connue, l'écriteau : « Ici l'on aime! » Tant de franchise ne désarme pas M. Bérenger. Notre sénateur s'emporte de plus belle et lance textuellement à la tête de nos jeunes auteurs — est-ce à M. Donnay? à MM. Feydeau et Guinon? peu importe — l'épithète violente de « cochon » et même de « cochon trichiné (1) », ce qui est plus grave encore... Il est vrai que, par une retenue des plus méritoires, M. Bérenger « se refuse à se livrer à des appréciations personnelles » et emprunte ces vocables sévères aux journalistes qui ont rendu compte et se sont scandalisés de ces pièces dans des feuilles très morales elles-mêmes, notamment celles où trouvent hospitalité les contes lestes et les petites correspondances; il craindrait, s'il caractérisait le théâtre contemporain par des termes de son propre crû, « d'user d'expressions d'un rigorisme excessif ». Au ton où étaient montées la morale et la langue des journalistes cités par M. Bérenger, tout le monde louera ce dernier de sa précaution et de son empire sur lui-même.

A peine a-t-il fustigé les auteurs dramatiques que M. Bérenger se tourne vers les ballerines, marcheuses, figurantes sculpturales dans les tableaux vivants et leurs habilleurs, si l'emploi, au dire de M. Bérenger, peut être ici imaginé. L'honorable sénateur appartient à l'école du vicomte Sosthène de La Rochefoucauld, directeur des Beaux-Arts, manufactures et spectacles sous la Restauration, et du roi Ferdinand II de Naples qui faisaient, l'un, mettre des jupes descendant à la che-

(1) Séance du Sénat du 8 avril 1897 (*J. Off.* du 9 avril, p. 789, col. 3).

ville aux danseuses de notre Opéra (1), l'autre des caleçons vert-grenouille à celles du théâtre San-Carlo. Mais la plastique de plus en plus obsédante des femmes de la rampe n'a que trop compliqué la situation, il s'agit bien aujourd'hui d'allonger les jupes! Sur telles scènes, M. Bérenger n'a plus devant les yeux que le *collant* (le collant est la désignation contemporaine du maillot; M. Bérenger manie le néologisme technique avec une aisance d'habitué); il tonne contre le collant, « le collant aux couleurs naturelles et en étoffe tellement diaphane qu'on la dirait tissée avec du vent! » A quand sur nos planches la nudité de Phryné devant la Haute-Cour d'Athènes? Ainsi a marché la progression dans la dépravation. Si le vicomte Sosthène de La Rochefoucauld revivait, il ne pourrait même plus étudier le problème de l'allongement des jupes; cette question capitale dans l'histoire du vêtement et de la morale de théâtre n'existe même plus; elle s'est évanouie avec l'objet! *O temporum signa!*

M. Bérenger fonce enfin sur le dernier instrument de la corruption nationale, sur la chanson; et, pour faire contre elle une charge plus forte, il invoque comme ci-devant le témoignage de plusieurs journalistes et notamment celui d'un certain Sganarelle, du *Temps*, véritable Sosie comme chroniqueur et moraliste du célèbre lundiste. De compagnie, MM Sganarelle et Bérenger déclarent que « l'obscénité régnante » dans les cafés-concerts est dix fois plus dangereuse que celle des théâtres. Mais ce n'est pas tout. Il existe depuis quelques années dans une province de Paris, surtout habitée par des artistes et des gens de lettres, nombre de petits établissements, installés en boutiques ou dans d'ex-ateliers, des cabarets artistiques, où les auteurs, poètes et musiciens, jouent et débitent eux-mêmes leurs œuvres : ces œuvres ne sont, le plus souvent, que « d'horribles malpropretés ou des plaisanteries immondes! » On se croirait dans des cafés-concerts. Entre autres « fanges », M. Bérenger a entendu, par les « oreilles stupéfiées » de Sganarelle, deux morceaux dont l'un paraphrasait le vers célèbre de Vigny dans la *Colère de Samson* :

La Femme, enfant malade et douze fois impur,

et l'autre se faisait l'écho de doléances conjugales en cas de... polysarcie. Assurément, les sujets ne relevaient pas d'une inspiration idéale et platonique, mais ces gros rabelaisianismes débités devant un petit public de citadins et de citadines majeures et au-delà, la plupart lettrés, intelligents, éveillés, parisiens, méritaient-ils l'honneur ou l'injure d'une citation en tribune sénatoriale? Pour ces enfantillages, fallait-il sonner l'assaut de la Butte Montmartre et de ses cabarets rieurs, fantaisistes, burlesques, mais très souvent artistiques?

M. Bérenger, par un procédé oratoire de confusion et d'exagération dont il est coutumier, feint, du reste, d'entendre dans les cafés-concerts peuplés d'un grand public, les mêmes chansons que Sganarelle a entendues, non sans stupeur, dans les petits cabarets, et ce lui est une occasion de confondre les deux établissements, cénacles et grandes salles, dans un même anathème, et finalement de proscrire la chanson elle-même, « la chanson qui, pour peu qu'elle soit gaie, originale, soutenue par une musique facile, reste dans la mémoire, sort avec le spectateur, se répand dans le public, gagne enfin la jeunesse... ! Il n'y a pas de plus terrible instrument de corruption, de pire agent de démoralisation que la chanson! (*sic*) ». C'est avec ce mot et sur un noir tableau des « conséquences de ces entreprises de licences et de fabriques d'obscénités » que se clôt ce coléreux et pessimiste réquisitoire.

L'auditeur demeure étourdi, consterné devant l'inexorable étalage d'une telle catastrophe morale. De pareils maux laissent-ils même surnager quelque espoir? Que faire? Quelles institutions créer ou faire revivre? L'anxiété du bon citoyen est extrême... Un instant très ému lui-même, M. Bérenger, pour finir, s'est recueilli, consulté, repris; il conclut : les remèdes, il les a trouvés; à leur seul énoncé, l'alarme publique se dissipera comme s'est dissipée la sienne.

Ces remèdes sont simples.

Tout d'abord, les ministres n'ont qu'à appliquer les lois actuelles. Avec son grand préfet parisien et ses préfets départementaux, le Ministre de l'Intérieur est maître des petites boutiques de journaux, des bibliothèques de gares, des affiches, des théâtres, etc.; qu'il « tienne la main » et la police cessera de montrer une tolérance voisine de la complicité. Le Ministre de l'Instruction publique, au lieu de traiter la licence de quantité négligeable, devrait, lui, surveiller la censure, « cette bonne personne de censure ». Comment par l'intermédiaire de cette censure permet-il un tel théâtre? laisse-t-il passer de telles chansons? Comment a-t-il autorisé tous les chansonniers qui pullulent dans ces établissements nouveaux, les cabarets artistiques, à débiter leurs productions — sans visa? Qu'est-ce que ce privilège? Comment enfin ce ministre permet-il « aux étoiles de la chanson ordurière » de rétablir en scène avec une cynique désinvolture les passages rayés rue de Valois? Une telle situation est intenable. Le Ministre, enfin, est invité « à veiller d'un peu plus près aux récompenses qu'il accorde à la littérature », soit dit sans faire plus directe allusion à la rosette de M. Armand S... et au ruban de M. Catulle M... Quant au Ministre de la Justice, qu'il mette un terme à la conduite incohérente et timide de ses parquets. A Paris, on poursuit quelquefois les écrivains; dans les départements, jamais! Or, les journaux, les livres de Paris se lisent en province, offensent les lecteurs de province; les procureurs des petits chefs-lieux doivent protéger leurs administrés et poursuivre ce qui s'imprime sur les grands boulevards.

Mais ces premiers remèdes sont insuffisants. Les lois actuelles même étroitement appliquées, sont incomplètes : M. Bérenger ne se lasse pas de le redire. — Ce qu'il faut (là en définitive est le salut) c'est que le Parlement lui concède le vote de trois ou quatre articles de loi nouveaux imperturbablement répressifs, et, ces lacunes comblées — M. Bérenger s'en porte fort — il refait le sang, les moelles, le cœur de la France. (*A suivre*).

(1) N'y a-t-il pas quelque ressemblance entre le ton de M. Bérenger et celui du vicomte Sosthène de La Rochefoucauld écrivant aux rois Louis XVIII et Charles X des lettres où l'on lit : « Sire, si par hasard il convenait à V. M. de faire les frais d'un lieu suspect, il ne pourrait convenir à un homme d'honneur d'en être le gardien et je lui demanderais la permission de lui en remettre les clefs; mais je dois prévenir le Roi que c'est une sorte d'affaire d'État de fermer les coulisses de l'Opéra... »

Et ailleurs : « Donc les théâtres sont les écuries d'Augias; je les nettoierai j'espère : peut-être aussi j'y périrai... »

Deux ou trois traits achèveront d'évoquer la physionomie restée légendaire de ce fonctionnaire chez lequel il y avait aussi à d'autres heures un homme d'esprit : en 1828, M. de La Rochefoucauld conseillait à Charles X, dont il était l'ami personnel, d'appeler Casimir-Perier au pouvoir, et c'est lui qui contribua le plus à fixer Rossini en France. (*Mém.* T. III, p. 18, 49, 72, 319, Paris. Allardin, 1837). M. Sosthène de La Rochefoucauld est mort en 1864 à l'âge de quatre-vingts ans.

THÉRAPEUTIQUE

Toxine typhoïde soluble et sérum antitoxique de la fièvre typhoïde;

Par M. CHANTEMESSE,
professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de Médecine de Paris (1).

Après la découverte de la sérothérapie de la diphtérie, on s'efforça de trouver le sérum curatif de diverses maladies infectieuses et parmi celles-ci de la fièvre typhoïde. Il fut facile de vacciner des animaux de laboratoire, contre des doses de plus en plus grandes de bacilles typhiques vivants ou morts et d'obtenir un sérum qui jouissait de propriétés anti-infectieuses, c'est-à-dire, qu'injecté préventivement à des animaux sains, il les protégeait contre une dose mortelle de microbes, inoculée quelques heures après.

Ce sérum préventif possédait-il des propriétés curatrices pour l'homme atteint de fièvre typhoïde? Mes premières recherches faites en 1892 avec M. Widal nous ont montré que ce sérum était dépourvu de toute action vraiment efficace contre la fièvre typhoïde. Cette maladie est, en effet, le résultat d'une infection et d'une intoxication réalisées; pour la combattre sur le terrain pathogénique il faut une substance qui agisse à la fois et contre le microbe et contre la toxine qu'il sécrète.

L'observation des typhiques montre que le poison de la dothiénentérie est secrété rapidement dans le corps de l'homme. D'un jour à l'autre la dose de poison et les symptômes qui la traduisent peuvent varier. Cependant si on cherche la présence de cette toxine dans les milieux ordinaires, où a vécu le bacille typhique, on ne la trouve pas. Le liquide de culture privé de microbes par la filtration, n'est pas toxique, ou ne l'est que d'une manière insignifiante; il ne renferme pas le poison que les microbes forment dans le corps des typhiques; on ne peut compter sur lui pour obtenir l'antitoxine.

J'ai cherché pendant longtemps à saisir cette toxine typhoïde soluble, qui était la première étape vers la production d'un sérum antitoxique. En janvier 1897 j'ai fait connaître les moyens de l'avoir en quantité suffisante, et j'ai indiqué quelques-unes de ses propriétés caractéristiques. La plus frappante est sa production rapide dans des milieux déterminés et sa disparition non moins rapide dans les liquides de culture sous l'influence de l'oxygène de l'air. J'utilisais d'abord, comme milieu de culture, une macération à froid de rate et de moelle osseuse additionnée d'une petite quantité de sang humain défibriné. Le bacille typhique se développe abondamment dans ce liquide, forme un voile à la surface et secrète une toxine qui se trouve au maximum de concentration du cinquième au sixième jour de la culture et qui disparaît du douzième au quinzième jour environ.

Je me sers maintenant d'une solution de peptone de rate que je prépare en faisant digérer cet organe dans de l'eau acidulée, par la pepsine, d'un estomac de porc, suivant la méthode de M. Louis Martin, puis je neutralise avant la stérilisation Dans chaque vase de culture, le liquide est largement exposé au contact de l'air. L'alcalinité légère du début ne disparaît jamais. Elle s'accentue au contraire. Le milieu doit être ensemencé avec un bacille typhique très virulent qui sorte du corps d'un animal, ou mieux, qui n'ait été laissé que 24 heures dans un sac de collodion enfoui dans le péritoine. Au bout de 48 heures la culture est très abondante et ne répand aucune odeur. Après cinq à six jours la sécrétion de toxine est au maximum et va peu à peu en diminuant.

Toxine typhoïde soluble. — Pour abréger je désignerai sous le nom de toxine, le bouillon filtré qui contiendra cette toxine soluble. J'ai recherché avec la collaboration de M. Pion les modifications que la culture a fait subir au bouillon après 5 jours d'étuve Ni le bouillon, ni la toxine n'intervertissent la saccharose et ne digèrent l'albumine. Ils n'ont pas à ce point de vue des réactions de diastase. La réaction légèrement alcaline du début est devenue très fortement alcaline. La densité (méthode du flacon) qui était de 0,998 est devenue 1,011. L'extrait sec à 100° qui était pour 2 centimètres cubes de 0 gr. 076 est maintenant de 0 gr. 090. Le poids des cendres qui donnait pour 1 centimètre cube 0 gr. 015 milligrammes est tombé à 0 gr. 010 milligrammes.

Action des agents chimiques. — Dans l'un et l'autre bouillons, le traitement par le chlorure de sodium, le sulfate de magnésie et le sulfate d'ammoniaque en solution saturée n'ont fourni jusqu'ici que des résultats à peu près négatifs. Dix centimètres cubes de liqueur ont été traités par l'alcool absolu en quantité suffisante pour obtenir 50 cc. Le résidu sur le filtre séché a donné comme poids : bouillon primitif 0 gr. 171 et bouillon culture 0 gr. 107 milligrammes. Le liquide de culture est traité par l'alcool absolu qui, évaporé, laisse un résidu. Avec une partie de ce résidu nous produisons par la méthode ordinaire de formation des chloro-platinates un précipité; celui-ci ne disparaît pas par l'addition de potasse et ne dégage pas d'odeur. On ne peut donc attribuer son apparition à un chloro-platinate d'ammoniaque. Peut-être est il dû à un alcaloïde? La seconde partie du résidu a été épuisée par l'éther anhydre. Par l'évaporation de ce dissolvant, il se dépose un second résidu d'une odeur désagréable, d'une réaction très acide, alors que nous n'avons opéré jusqu'ici qu'en liqueur neutre ou alcaline et que le dissolvant lui-même était neutre. La neutralisation par la soude de ce produit acide, donne naissance à une liqueur d'odeur agréable. La partie du résidu insoluble dans l'éther se présente sous la forme d'un liquide oléagineux, alcalin, soluble dans l'eau. Avec ce dernier produit on obtient la formation d'une cristallisation de chloro-platinate, tandis que la partie soluble dans l'éther ne la donne pas. Le bouillon primitif, soumis aux mêmes manipulations chimiques, n'a fourni aucune des constatations signalées plus haut.

Le précipité que l'on fait naître dans le bouillon cultivé, par l'addition de chlorure de calcium, est séparé aussi complètement que possible par le filtre et injecté à l'état humide, dans le péritoine, il se montre très toxique et fait périr les animaux avec les lésions de la toxine brute. Desséché au contact de l'air, à l'étuve à 37°, il perd au bout de 24 heures à peu près toute action. Le précipité calcique entraîne donc dans sa formation une bonne partie de la toxine. Si on le traite à l'état humide par l'alcool absolu, il lui cède une ou plusieurs substances qui donnent les réactions que les traitements par l'alcool et l'éther de la toxine brute nous ont montrées plus haut.

Action des agents physiques. — Une dose mortelle pour le lapin enfermée dans une ampoule de verre et conservée pendant un jour à la lumière diffuse ne perd pas sa toxicité. Laissée le même temps dans un grand récipient au contact de l'air, elle se dépouille à peu près de toute action à la lumière diffuse, mais non dans l'obscurité. La lumière augmente donc l'action de l'oxygène atmosphérique. La lumière seule, à l'abri de l'air, est beaucoup moins active. L'insolation de la toxine en vase clos pendant 4 heures n'affaiblit pas sensiblement sa toxicité.

Le chauffage à 58°, pendant une heure, d'une dose de toxine mortelle pour le lapin lui laisse son activité. Un chauffage de 100° pendant un instant diminue son pouvoir vénéneux sans le faire disparaître entièrement. Il suffit d'acidifier avec l'acide tartrique une dose mortelle pour lui enlever la majeure partie de sa puissance; celle-ci reparaît si on redonne au milieu, par l'addition de soude, sa réaction primitive alcaline. Ce poison est retenu très énergiquement dans le noir animal par lequel on le filtre.

Action de la toxine sur les animaux. — La poule et le pigeon se sont montrés très résistants à la toxine typhique. La grenouille, la souris, le cobaye, le lapin, le mouton, le chien et surtout le cheval subissent ses effets avec une violence variable suivant les espèces. Le cheval, eu égard à

(1) Communication au Congrès d'Hygiène de Madrid.

son poids, présente une sensibilité très vive. Une dose de toxine mesurée à raison de 1 centimètre cube par 80 grammes de poids du cobaye, injectée dans le péritoine de l'animal, le fait périr entre 12 et 24 heures. Si la dose a été moindre, ou si le cobaye a reçu une faible quantité de sérum insuffisante pour l'immuniser, il peut survivre trois jours. Lorsque la mort a été rapide, on constate à l'autopsie une rougeur vive du péritoine et de l'intestin, de la congestion du foie, de la rate et des capsules surrénales. Quand la mort a été plus lente, la rougeur péritonéale est plus marquée. La cavité du péritoine et celle des plèvres renferment une petite quantité de sérosité citrine et parfois un peu de fibrine. Les poumons sont hypérémiés ; les capsules surrénales sont franchement rouges. L'urine contient de l'albumine.

Les effets (premiers) de l'injection intra-péritonéale ou sous-cutanée au cobaye, se manifestent par un abaissement de la température, qui tombe au-dessous de 35°. Le poil se hérisse ; l'animal devient somnolent et son corps est agité de petites secousses brusques. Il n'a pas de diarrhée. Si la mort n'est survenue qu'au bout de 2 à 3 jours les dernières heures de la vie sont marquées par des crises de convulsions toniques portant sur les membres et sur le rachis.

Le lapin à poids égal est trois ou quatre fois plus sensible que le cobaye. L'inoculation d'une faible dose amène un accès de fièvre. L'injection d'une dose mortelle en 2 ou 3 heures, — 3 centimètres cubes injectés dans la veine de l'oreille d'un lapin de 1.000 à 1.200 grammes — provoque un abaissement de température et une diarrhée jaune, ocreuse, très abondante. Une demi-heure avant la mort, l'animal gît sur le flanc comme paralysé ; le pouls est très rapide et la respiration très accélérée. Il meurt sans convulsions.

Le gros et le petit intestin sont rouges, remplis de diarrhée. La congestion est si forte qu'il y a parfois de véritables hémorragies dans les tuniques intestinales ou dans les feuillets du mésentère.

Le foie est très congestionné et les cellules du parenchyme présentent de la dégénérescence granuleuse. Le rein montre aussi une forte hypérémie, en même temps que des lésions des cellules des tubes contournés, et principalement des glomérules. Ceux-ci présentent un exsudat intra-glomérulaire. Les endothéliums de la capsule de Bowmann sont très tuméfiés. La rate est plus ou moins gonflée. Les poumons sont pâles. Chez le lapin, comme chez le cobaye, le cœur est arrêté en diastole. Ingérée par la bouche, une dose de toxine, mortelle par inoculation sous-cutanée, se montre inoffensive. J'ai étudié avec l'aide de mon chef de laboratoire, M. le Dr Courtade, l'action de la toxine sur le système neuro-musculaire de la grenouille, sur la respiration du chien, sur la pression sanguine et sur le nombre et la force des battements cardiaques.

Un ou 2 centimètres cubes de toxine, injectés sous la peau ou dans le péritoine de la grenouille, produisent des effets qui se montrent en quelques minutes si la toxine est très active, ou en 25 ou 30 minutes si elle est plus faible. C'est d'abord une paresse générale qui gêne la marche et le saut. Les mouvements deviennent de plus en plus difficiles et l'animal ne repond à aucune excitation sensitive. Si on ouvre le thorax on voit le cœur battre très lentement, puis s'arrêter en diastole. La mort est la terminaison habituelle ; cependant, même après une période d'immobilité complète, la grenouille peut revenir à la vie.

Pendant la durée de la paralysie, les muscles répondent très bien aux excitations faradiques. Si, avant l'injection, on isole les nerfs lombaires, et que, par une ligature, on serre les parties molles de manière à empêcher toute circulation dans les membres inférieurs, l'excitabilité musculaire persiste. Donc la toxine typhique n'agit pas à la manière du curare. Elle n'agit pas non plus sur les filets nerveux, car dans l'état paralytique l'excitation du sciatique par le courant amène, comme à l'ordinaire, pour la même intensité, la contraction des gastrocnemiens.

La cause de l'impotence musculaire réside dans l'altération des centres nerveux. On sait que la section de la tête d'une grenouille augmente l'irritabilité réflexe de la moelle. Si on pratique cette section sur la grenouille intoxiquée, on voit que l'irritabilité réflexe a disparu ; et cependant, à ce moment même, l'excitation électrique de la moelle, par action des cordons blancs, détermine encore des contractions très fortes dans les membres.

Les centres cérébraux ne sont paralysés qu'après que l'excitabilité réflexe médullaire n'existe plus.

La faiblesse et la diminution de fréquence des battements cardiaques peuvent être attribuées à la paralysie des ganglions du cœur. Alors même que cet organe est arrêté en diastole, on peut, par des excitations, soit mécaniques, soit électriques, déterminer des contractions. Cette paralysie ganglionaire est tardive et ne se montre qu'après que les centres médullaires et cérébraux sont atteints. La médecine expérimentale confirme donc la justesse des vues de Liebermeister sur la valeur pronostique de l'état du pouls dans la fièvre typhoïde.

L'injection de 6 à 7 centimètres cubes de toxine dans la veine du chien amène au bout de 10 à 15 minutes des modifications profondes dans l'état de la circulation et de la respiration. Le cœur précipite ses battements ; le pouls devient rapide et n'est plus influencé par les mouvements respiratoires. La pression s'abaisse peu à peu jusqu'à 4 ou 5 centimètres de mercure. La respiration devient plus rapide, moins ample ; elle peut doubler et même tripler de fréquence. Ces phénomènes ne sont pas dus à l'hyperthermie ; car ils surviennent bien avant que la température ne s'élève. Ils débutent pendant la première heure, et augmentent pendant la seconde heure. C'est à ce moment que la température commence à s'élever. Pendant cette augmentation, on voit la pression s'élever graduellement et monter de plusieurs centimètres de mercure ; mais elle n'atteint pas la hauteur primitive. Pendant cette élévation thermique, le pouls reste toujours fréquent et petit, et la respiration n'augmente pas d'étendue et ne diminue pas de fréquence.

Les vomissements surviennent habituellement pendant la première heure ; ils peuvent se répéter plusieurs fois durant le cours de l'expérience. Ces vomissements paraissent très pénibles et sont précédés d'agitations de l'animal en experience : la respiration devient irrégulière et le cœur se ralentit. Le tracé de la pression présente alors de grandes oscillations.

Préparation du sérum antitoxique. — J'ai pu injecter des chevaux et les immuniser contre la toxine typhique grâce à la libéralité de l'Institut Pasteur qui a mis à ma disposition des animaux pour ces longues et coûteuses expériences.

Le cheval est très sensible à cette toxine et son accoutumance est très lente et très pénible, entremêlée de périodes où la santé de l'animal décline et nécessite l'arrêt du traitement. J'ai injecté des chevaux pendant deux et trois ans consécutifs, une fois par huitaine ou par quinzaine, sans obtenir un degré d'immunisation solide. A chaque nouvelle injection l'animal réagit violemment et on ne peut que très lentement augmenter les doses.

Cette toxine persiste longtemps dans le sang du cheval avant d'être modifiée. Deux mois après la dernière injection intra-veineuse le sang du cheval est encore légèrement toxique, il faut attendre davantage pour le voir dépouillé entièrement de toxicité et ne renfermant que l'antitoxine.

L'antitoxine avec laquelle j'ai fait les expériences que je vais rapporter, provient d'un cheval qui a été immunisé pendant deux ans et qui a reçu dans ce laps de temps sous la peau et dans les veines plus de six litres de toxine. Son sérum possède des proprietés preventives et des propriétés thérapeutiques, contre l'infection et contre l'intoxication typhique.

Propriétés préventives. — Si on injecte à des cobayes, qui ont reçu la veille dans la peau 1/200e, 1/100e, 1/50e de centimètre cube de sérum antitoxique, la dose de toxine

qui tue les cobayes témoins en cinq ou six heures, les animaux qui ont reçu un cinquantième de centimètre cube, résistent, ceux à qui on a donné un deux centième de centimètre cube vivent 24 heures, ceux qui ont reçu un centième de centimètre cube survivent environ 48 heures.

Si on injecte préventivement à des lapins de 1.000 à 1.200 grammes une dose de sérum égale à un vingtième ou un trentième de centimètre cube, ils supportent une quantité de toxine qui tue les animaux témoins.

Dans toutes ces expériences on remarque que les animaux qui ont, avant l'inoculation toxique, une tare organique quelconque, pseudo-tuberculose, psorospermie du lapin, ou simplement grossesse du cobaye sont beaucoup moins résistants à la toxine : il faut pour les protéger une dose de sérum beaucoup plus grande que celle qui immunise les animaux sains.

Pour juger de la valeur préventive du sérum contre l'infection, inoculons sous la peau de l'oreille d'un lapin qui la veille a reçu 5 centimètres cubes de sérum, et sous la peau de l'oreille d'un lapin neuf, une émulsion de bacilles typhiques dans l'eau physiologique. Au bout de quelques heures, faisons avec une pipette fine des prises dans la boule de l'œdème formée par l'inoculation de l'émulsion microbieuse. Sept heures après, on ne trouve presque plus de microbes libres dans le liquide pris sur le lapin qui a reçu le sérum. Les bacilles sont à peu près tous englobés par les phagocytes. L'exsudat étalé sur une lame, séché et coloré par le bleu de Kuhne montre les microbes ayant conservé leur forme bacillaire dans le protoplasma des leucocytes mononucléaires, tandis que dans l'intérieur des leucocytes polynucléaires ils se présentent sous la forme de grains ou de boules. Les deux variétés de phagocytes sanguins interviennent donc pour détruire les bacilles chez les animaux auxquels le sérum a conféré une immunité passive. Dans cette phagocytose, l'action des polynucléaires paraît seule capable d'amener la transformation en boule des microbes englobés. Cette constatation est tout à fait semblable à celle qui a été faite par M. Salimboni dans l'étude de la destruction des vibrions cholériques chez les animaux immunisés contre le choléra.

Après ce même laps de temps, examinons le liquide de l'émulsion typhique introduite sous la peau de l'oreille du lapin neuf. Le résultat est tout à fait différent. Les microbes sont libres dans le liquide : ils ont conservé toute leur activité et leur mobilité. C'est à peine si dans le champ de la préparation on constate la présence d'un ou deux leucocytes mononucléaires qui commencent à phagocyter : les leucocytes polynucléaires sont encore absents.

La culture sur goutte pendante de l'exsudat pris au bout de sept heures sur le lapin qui a reçu le sérum ne se développe pas. Par conséquent, le sérum s'est montré doué d'un pouvoir anti-infectieux ; il a fait rapidement englober et digérer les bacilles typhiques par les phagocytes.

Propriétés antitoxiques. — La valeur antitoxique pourra être jugée chez les animaux qui, ayant reçu une dose de toxine sûrement mortelle en un temps donné, recevront en outre un traitement par le sérum, à des doses qui s'éloigneront de plus en plus du moment de l'introduction du poison, c'est-à-dire, qui se rapprocheront de plus en plus du terme où la mort doit survenir. Il est facile de faire cette expérience sur un bon nombre d'animaux témoins et d'animaux soumis à la serothérapie. Injectons à 4 cobayes une dose de toxine mortelle en 20 à 24 heures. Prenons un autre lot de cobayes du même poids. Les témoins reçoivent un centimètre cube de toxine par 50 grammes de leur poids ; les cobayes qui seront traités reçoivent une dose de toxine plus forte, soit un gramme pour 40 grammes de leur poids. Et puis d'heure en heure injectons respectivement à chaque groupe une dose de sérum antitoxique qui va d'un quart à un, deux, trois, quatre centimètres cubes de sérum. Les témoins succombent en 20 heures. Les cobayes qui ont reçu une dose, même minime, de sérum, injectée plusieurs heures après l'introduction de la toxine, survivent. Plus on s'éloigne du moment de la pénétration du poison, plus la dose du sérum doit être grande pour être curatrice. 4 et même 5 heures après l'intoxication, mortelle en 20 heures, une dose de sérum antitoxique de 1/4 de centimètre cube donnée à des cobayes, les fait résister à la toxine. Ceux des animaux qui ne résistent pas malgré le traitement tardif par 1/4 de centimètre cube de sérum antitoxique, ont une survie qui atteint deux et trois jours. Le sérum a donc un pouvoir antitoxique.

Armé de ces expériences, j'ai pu injecter à l'homme atteint de la fièvre typhoïde du sérum antitoxique. La valeur de ce nouveau mode de traitement ne peut se juger que par l'étude de statistiques et d'observations nombreuses. Je puis dire, cependant, que le sérum agit bien chez l'homme atteint de la fièvre typhoïde à la façon d'un antitoxique, diminuant et supprimant les phénomènes nerveux, abaissant la température, activant la guérison.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Un Office municipal d'Assurances contre les accidents à Paris.

M. Adrien Weber a présenté récemment à la première Commission du Conseil municipal de Paris un projet de création d'un *office municipal d'assurances* contre l'incendie, s'appuyant avec raison sur ce fait que les sacrifices consentis par la Ville — et chacun sait qu'ils sont énormes — pour le service des incendies, profitent surtout aux Compagnies d'assurances. Puisque ces sociétés financières refusent de coopérer aux frais des sapeurs-pompiers, — qu'en réalité elles devraient complètement entretenir de leurs subsides, comme dans beaucoup de villes américaines — rien de plus logique qu'une telle proposition, qui ne vise ni la socialisation des assurances ni même leur municipalisation exclusive !

Mais ce que M. Weber aurait dû dire aussi dans son rapport, c'est que cette idée ne doit pas s'appliquer seulement à la défense des immeubles *contre l'incendie*. Le même raisonnement doit être tenu pour la *défense de la vie des citoyens contre les accidents* ; et l'office municipal d'assurances doit s'adresser à ces deux ordres de cataclysmes. Pour notre part, en ce qui concerne du moins les traumatismes de la rue et des chantiers, il y a longtemps que nous avons soutenu cette opinion dans tous nos travaux sur l'organisation des prompts secours dans les grandes villes (1).

Oui, comme le dit M. Weber, « plus les secours publics et gratuits (de tous ordres) seront perfectionnés, c'est-à-dire plus la collectivité fait de sacrifices, plus les Compagnies d'assurances contre l'incendie (et les accidents) feront de bonnes affaires ! » et cela n'est pas juste. Nous écrivions, à notre retour des Etats-Unis, à propos de l'organisation des secours pour l'Exposition de 1900 (2), organisation qui a avorté :

« On pourrait faire appel au concours financier des Syndicats d'entrepreneurs et de chefs de chantiers, aux membres du Syndicat des Compagnies d'assurances contre les accidents, aux Conseils d'administration des Compagnies d'assurances pour la vie : toutes personnes qui ont un intérêt majeur à ce que les blessés des chantiers, dont ils sont responsables, soient bien soignés et guéris le plus rapidement possible. En Amé-

(1) *Revue scientifique*, 1896.
(2) Baudouin (Marcel). — *L'Hôpital des prompts Secours de l'Exposition de 1900.* — Paris, Inst. de Bibl., 1895, p. 55.

rique, d'ailleurs, des Compagnies d'assurances contre les accidents ont donné l'exemple et sont venues en aide au *Columbian Emergency Hospital* de la *World's Fair* (1893).

J'ajoutais :

« Ne pas oublier que les *entrepreneurs de spectacles* payent à la ville de Paris pour le service des pompiers environ 110.000 francs par an! »

M. Weber pourrait très facilement modifier son projet de délibération, de façon à ce que le service public nouveau qu'il rêve de créer fonctionne à la fois et pour l'incendie et pour les accidents. Depuis l'année dernière, en effet, grâce aux travaux de la Commission extra-municipale des Ambulances urbaines, le service des prompts secours a été réorganisé par le Conseil sur un pied très suffisant, qui oblige déjà cependant à des dépenses considérables. Ce n'est pas parce que la direction des affaires municipales et le chef du service des ambulances, toujours surchargé de besogne, n'ont pas encore réalisé les votes du Conseil, pour que l'on ne se préoccupe pas, dès maintenant, de cette question. Ce ne serait qu'un prétexte. En tous cas, le Conseil municipal de Paris, en agissant ainsi, montrerait d'une façon trop évidente qu'il se désintéresse maintenant de tout ce qui a été fait en 1897 pour la réorganisation des Ambulances urbaines.

Marcel BAUDOUIN.

Inégalité de poids des hémisphères cérébraux.

Vieille question pour nous car elle a été le sujet de notre premier travail ou mémoire personnel (1). Nous n'en ferons pas l'historique. Nous nous bornerons à rappeler qu'un mémoire comprenant presque toutes — sinon toutes — les pesées des cerveaux des femmes de l'hospice et du quartier d'aliénés de la Salpêtrière du 1er janvier au 31 décembre 1866, déposé chez M. Baillarger pour le prix Esquirol... a été égaré et jamais retrouvé. Nos collègues les internes de 1866 (2) nous avaient laissé la faculté de procéder à toutes les autopsies qu'ils ne faisaient pas eux-mêmes et pour les autres nous avaient laissé toute liberté.

Le *Journal de neurologie* du 30 mars dernier renferme une très intéressante observation de M. le Dr Bouchaud relative à un cas d'hémiplégie infantile compliquée d'épilepsie, terminé par la mort à 43 ans, dans lequel nous relevons le passage suivant :

« L'atrophie de l'hémisphère gauche du cerveau était des plus considérable, comme l'indique la différence de poids entre les deux hémisphères. Cette différence s'élevait, comme nous l'avons dit, à 335 gr. Une pareille atrophie n'a été observée que par Jendrossick et Marie, qui ont rapporté un cas où le poids de l'hémisphère gauche était de 464 gr. inférieur à celui de l'hémisphère droit. »

Nous avons soin, dans toutes nos autopsies, de faire les pesées de l'encéphale, des hémisphères cérébraux et cérébelleux. Parmi les très nombreux cas d'inégalité des hémisphères cérébraux que nous avons relevés et qui sont indiqués sur le *Catalogue* de notre Musée de Bicêtre, nous citerons les cas dans lesquels l'inégalité a été la plus accusée.

NOMS.	AGE.	DIAGNOSTIC.	POIDS DE l'hémisphère cérébral droit.	POIDS DE l'hémisphère cérébral gauc.	DIFFÉRENCE.	OBSERVATIONS.
Gaut..........	13 ans	Imbécillité. Hémiplégie droite.	665	155	**210**	
Gaill..........	10 ans	Idiotie et épilepsie symptomatiques de pseudo-porencéphalie unilatérale et de méningo-encéphalite.	477	255	**222**	Obs. pub. C-r. 1897, p. 54
Nar..........	11 ans	Alcoolisme. Hémiplégie gauche et épilepsie consécutives. Sclérose atrophique. Pachyméningite et méningo-encéphalite.	310	570	**260**	— 1896, p. 207
Hug..........	4 a. 1/2	Idiotie symptomatique de sclérose atrophique de l'hém. g. et de méningo-encéphalite de l'hém. d.	460	200	**260**	— 1892, p. 13[illegible]
Doucer..........	21 ans	Imbécillité prononcée. Hémiplégie droite. Epilepsie.	465	185	**280**	— 1896, p. 8[illegible] A. de N. a. 1896, t. I, p. 18[illegible]
Duf..........	15 ans	Pseudo-porencéphalie. Hémiplégie gauche. Epilepsie. Déchéance.	240	560	**320**	— C-r. 1895, p. 53

Si l'on réfléchit que les cas qui précèdent concernent des enfants, on voit que les différences notées sont très considérables et peuvent être comparées avec celle sur laquelle insiste M. le Dr Bouchaud. Nous reviendrons ultérieurement sur cette question et nous indiquerons en même temps les pesées des hémisphères cérébelleux.

BOURNEVILLE.

IXe Congrès international d'Hygiène et de Démographie de Madrid.

Pour la première fois qu'un Congrès scientifique se réunit en Espagne, les organisateurs n'ont pas été favorisés par les évènements et on put craindre un moment que l'ouverture déjà ajournée l'année dernière ne fût tout à fait entravée cette fois-ci par les embarras de toutes sortes au milieu desquels ce noble pays se débat. Elle a eu lieu quand même, et les organisateurs ont fait tout leur possible pour donner à cette manifestation scientifique le plus grand éclat. C'est dans la grande salle de lecture du Palais des Musées et Bibliothèques que s'est tenue la séance d'inauguration. La Reine régente s'était fait représenter par le Ministre de l'Intérieur don Trinitano Ruiz de Capdepon.

M. Julian Calleja, doyen de la Faculté de Médecine

(1) *Mémoire sur l'inégalité de poids des hémisphères cérébraux des épileptiques*; Paris, 1861 (Ext. du *Journal des connaissances médicales*, nos 17, 18, 19).
(2) Bouchard, Bouchereau, Carville, Duprat, Habran, Laburthe, etc

de Madrid, président technique du Congrès a prononcé le discours d'ouverture. Il s'y est surtout attaché en énumérant les services que l'hygiène est appelée à rendre à l'humanité, à dénoncer les obstacles que ses applications rencontrent dans toutes les nations civilisées.

Ce sont d'abord les frais immenses occasionnés par les mesures hygiéniques, puis les entraves apportées à la liberté commerciale, enfin les restrictions imposées à la liberté individuelle. Mais ces dépenses sont bientôt compensées par la conservation de la santé et de la vie des citoyens. D'autre part le lucre commercial ne peut être considéré comme une entrave sérieuse et il ne faut pas que les injustes réclamations de quelques-uns arrêtent lorsqu'il s'agit d'éviter l'affliction et peut-être la ruine et la désolation de cités entières.

Quant à ce qui concerne les entraves apportées à la liberté individuelle, il faut considérer que le citoyen en face des droits qui assurent sa personnalité et sa dignité a des devoirs imposés par les droits sociaux, tout aussi respectables que ceux de l'individu. La liberté individuelle ne doit en aucun cas se convertir en source de calamités et de désastres sociaux, car l'individu est moindre que la société dont il fait partie. Il ne faudrait donc pas sacrifier quelques mesures qui semblent à première vue vexatoires à une liberté individuelle mal comprise qui, pour ménager la susceptibilité de quelques-uns, serait susceptible d'entraîner de grands désastres pour beaucoup.

M. le Dr Amalio Gimeno, secrétaire général du Congrès, professeur à la Faculté et sénateur, prend ensuite la parole pour rappeler toute la sollicitude du gouvernement et des universités espagnoles pour toutes les questions intéressant l'hygiène.

Le comte de Ramanonès, maire de Madrid, souhaite la bienvenue aux délégués et exprime le bonheur que ressentent les habitants de la ville par la présence des membres du Congrès.

C'est ensuite le tour des délégués étrangers, et ils sont nombreux, car toutes les nations d'Europe, sauf la Russie et le Danemark, se sont fait représenter et les Amériques du Nord et du Sud ont aussi leurs délégués. Aussi ne donnerons-nous pas ici tous les discours prononcés. Le représentant de l'Amérique du Nord a su dans sa harangue éviter toute allusion fâcheuse, celui du Mexique a rappelé au milieu d'acclamations enthousiastes que c'était à l'Espagne qu'on devait la découverte de l'Amérique; enfin, M. le Pr Brouardel a déclaré que la Commission internationale a été bien inspirée lorsqu'elle a proposé de tenir sa IXe session à Madrid. Grâce aux efforts faits, la réunion ne sera pas stérile. C'est avec une conviction profonde que notre éminent doyen répète que, pour que les populations bénéficient des applications de l'hygiène, il faut que les autorités chargées de les faire exécuter soient elles-mêmes persuadées de leur efficacité; la communauté de l'effort est indispensable au succès. « Nous savons qu'en Espagne cet accord existe et nous avons eu dans les congrès précédents, aussi bien que dans les conférences internationales de Paris et de Venise, l'occasion d'apprécier le zèle, la compétence de nos collègues. Ils nous avaient dit combien le gouvernement tenait à faire profiter le peuple espagnol de toutes les découvertes scientifiques capables d'améliorer la santé publique et par suite le bien-être général ».

Le Congrès d'hygiène de Madrid est le dernier de ce XIXe siècle dans lequel il a été plus fait pour la santé du peuple que dans les siècles précédents pris ensemble.

C'est l'œuvre des Congrès d'hygiène de faire pénétrer dans l'esprit de tous cette idée de solidarité qui lie si intimement les membres d'une même nation et les diverses nations entre elles.

Après la séance, la Reine régente est venue avec le roi Alphonse XIII inaugurer l'Exposition d'hygiène située aussi dans le Palais des Musées et de la Bibliothèque. Après la présentation des délégués étrangers, l'Exposition a été déclarée ouverte.

La journée s'est terminée par une brillante représentation au Théâtre de la Comédie.

Le nombre des congressistes est d'environ 1.600 fournis en grand nombre par les médecins espagnols, les républiques sud-américaines et la France qui, dans ce Congrès, semble tenir le premier rang des nations étrangères autant par le nombre que par la qualité des délégués qu'elle a envoyés.

L'Angleterre, l'Italie, l'Autriche, l'Allemagne ont ainsi que nous envoyé des délégations de médecins militaires. Somme toute, grand succès pour le Comité d'organisation espagnol, plus grand qu'on ne pouvait l'espérer, vu les difficultés de l'heure présente.

L.-R. Régnier.

Ouverture du Congrès français de Médecine.

Le quatrième *Congrès français de Médecine* s'est ouvert à Montpellier le 12 avril. La séance d'inauguration a eu lieu à 10 heures du matin à la salle des concerts du Grand Théâtre où se pressaient, à côté des congressistes français et étrangers, les principales notabilités de la ville. M. le Pr Bernheim (de Nancy), président du Congrès, a à ses côtés M. Vernière, maire; M. Vincent, préfet; M. Bizos, recteur; le général en chef Des Garets, MM. les Prs Grasset, Carrieu, Mairet (de Montpellier), Pitres (de Bordeaux), ainsi que les membres du comité d'organisation.

La parole est donnée au Maire qui souhaite aux Congressistes une cordiale bienvenue au nom de la ville de Montpellier. M. le Pr Grasset prononce à son tour une chaleureuse allocution très vivement applaudie, dans laquelle il exprime la reconnaissance du corps médical et de la ville entière d'avoir choisi Montpellier comme siège du quatrième Congrès; la réception réservée aux membres de cette assemblée sera des plus cordiales, car c'est l'universalité des habitants qui a voulu la préparer. M. le Président Bernheim, au début de son discours très intéressant et plein d'humour, mais que les limites de notre bulletin ne nous permettent pas de résumer, remercie ses confrères qui l'ont appelé à l'honneur de présider cette session, et adresse un salut cordial au corps médical montpelliérain et à la ville entière.

La séance est terminée par la lecture du rapport du Pr Carrieu, secrétaire général, qui insiste sur la raison d'être des Congrès médicaux périodiques: le nombre des membres qui, à la dernière session, était de 412, et est, cette année, de 660, témoigne hautement de l'importance et de l'utilité de ces assemblées.

La séance est levée à 11 heures.

C'est dans le grand Amphithéâtre de la Faculté qu'ont commencé à deux heures du soir les travaux du Congrès. M. le Pr Bernheim est assisté de MM. Bizos, recteur, Gras-

sct, Mairet et Carrieu, professeurs. Les présidents d'honneur, acclamés par l'assemblée, sont :

MM. Bouchard (de Paris) et Pitres (de Bordeaux), anciens présidents de Congrès, Revilliod et de Cérenville (de Suisse), Crocq et Francotte (de Belgique), Maragliano (d'Italie), Munsch (d'Alsace), Charrin et Ballet (de Paris), Lépine et Maillet (de Lyon). Vergely et Arnozan (de Bordeaux), Lemoine et Combemale (de Lille), Mossé et Labeda (de Toulouse), Livon (de Marseille).

Le soir à 9 heures, les membres du Congrès ont été reçus par la municipalité au foyer du Grand Théâtre. Les autorités civiles et militaires assistaient à la réception. Plus de 800 invités étaient présents. On remarquait de nombreuses dames et demoiselles. Plusieurs buffets, abondamment pourvus, avaient été dressés. Disons enfin qu'une sauterie improvisée a cloturé cette charmante soirée. — En somme, le Congrès s'est ouvert sous de très heureux auspices : le nombres des adhérents est plus élevé qu'il ne l'ait encore été ; les rapports et les communications annoncés concernent des questions spécialement pleines d'attrait ; et le soleil, ce soleil pur du Midi, favorise par son éclat les promenades et les excursions. DELON,

Chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 avril 1898.

Vaccination obligatoire.

M. HERVIEUX lit un rapport de M. LOIR sur la nécessité d'imposer la vaccination aux résidents français en Tunisie.

Guérison d'un nouveau-né atteint de goitre, par la médication thyroïdienne survie par la mère.

M. MOSSÉ rapporte une observation de guérison de goitre chez une femme de 27 ans et chez son enfant de 3 mois, nourri au sein. La mère prenait chaque jour une quantité d'extrait correspondant à 1 gr. 50 de corps thyroïde. Les effets du traitement furent plus rapides chez l'enfant que chez la mère.

Elections.

Election d'un membre associé national dans la troisième division. Les candidats présentés étaient : en première ligne, M. Baillet (de Toulouse) ; en deuxième ligne, MM. Peuch (de Lyon) et Signol (de Villiers). M. BAILLET a été élu par 41 voix sur 42 votants. A.-F. PLICQUE.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

PARIS : 12-16 AVRIL 1898.

La section des sciences médicales et d'hygiène a été présidée par M. le Dr LEROY DE MÉRICOURT, assisté de M. le Pr PONCET (de Lyon) et de M. le Dr LÉDÉ, secrétaire, M. le Dr MOREAU (de Tours).

Conséquences qu'ont sur les organismes les inoculations préventives ou curatives en général et les inoculations vaccinales en particulier.

M. le Dr BOUCHER (de Saint-Servan). — Après avoir constaté le crédit véritablement considérable dont jouissent les diverses inoculations dites préventives, l'auteur se demande, avec d'Arsonval, ce que vaudra la descendance d'une génération inoculée de tous ces virus atténués ; et s'il n'y a pas lieu de craindre qu'une race ainsi traitée ne soit vouée à une dégénérescence plus ou moins rapide. Pour éclairer la question, il commence par faire ressortir que les virus microbiens, se comportent vis-à-vis de la cellule organique comme des ferments, qu'ils y déterminent une sorte de décomposition chimique du protoplasma semblable aux décompositions analogues des substances organiques dans les fermentations étudiées en chimie (Exp. de Bard, de Lyon). De ces prémisses développées il tire les conclusions suivantes. Les inoculations des virus atténués quels qu'ils soient, bien qu'insuffisantes dans la plupart des cas pour déterminer immédiatement cette fermentation des protoplasmas, mettent cependant les économies en un état d'infectiosité latente : c'est-à-dire qu'elles exagèrent considérablement l'impressionnabilité de l'organisme vis-à-vis des causes extérieures qui agissent sur lui. Dans le but d'appuyer cette première proposition, le Dr Boucher étudie les effets de la vaccine. Il choisit cet exemple car, dit-il, l'inoculation vaccinale étant usitée depuis un siècle, rendue obligatoire depuis un demi-siècle, devenue intensive depuis vingt ans environ, a dû, dans un sens ou dans un autre, donner des résultats palpables et tout à fait décisifs.

A son avis, l'atténuation considérable présentée par la variole, correspond à une exagération plus considérable encore des autres termes de la série infectieuse. Et la grippe qui promène chaque année ses ravages en tous les coins de l'Europe, et la tuberculose qui va croissant toujours, et la lèpre qui a fait sa réapparition, et la peste qui sévit aux Indes inondées par les virus vaccinaux, sont les expressions évidentes des nuisances accumulées en les organismes par tout un siècle de vaccinations et transmises par l'hérédité. C'est cet état d'infectiosité latente dont il parle plus haut, qui se révèle, qui décidément se manifeste sous l'influence des inoculations devenues intensives.

La médecine, en injectant dans les économies humaines ses virus tirés de l'animalité, a donc non seulement exagéré les formes infectieuses que nous connaissions, mais elle a rouvert le cycle des épouvantables fléaux disparus.

Et cette manière de voir s'impose ajoute l'auteur si l'on veut bien considérer que les différentes formes infectieuses ne sont pas ainsi que le croit la bactériologie des entités, mais au contraire qu'elles représentent seulement les différents degrés d'évolution d'un seul et même principe infectieux fourni par l'organisme (Décomposition des protoplasmas). Ce principe infectieux, subissant une évolution parallèle à l'évolution physique de l'être, donne dans ses manifestations primitives les oreillons, les rougeoles, les diphtéries, etc., accidents du 1er degré s'observant surtout dans l'enfance ; dans ses manifestations secondaires, les rhumatismes, les varioles, les typhoïdes, accidents du 2e degré s'observant surtout dans l'adolescence ; dans ses manifestations ultimes : les tuberculoses et les cancers, accidents du 3e degré s'observant dans l'âge mûr et la vieillesse. Dans ces conditions, le rôle des virus vaccinal apparaît dans toute sa simplicité : il supprime un des termes secondaires ; mais le même principe qui produisait les varioles, les typhoïdes, les tuberculoses n'ayant pas cessé d'exister, c'est sur les autres termes qu'il se pourra manifester.

Avec les inoculations intensives qui se pratiquent dans l'armée, nous passons des accidents du deuxième degré aux accidents du troisième et ainsi se trouve expliqué le chiffre effrayant de 316 décès par tuberculose sur un total de 495, dans une population choisie. Ainsi se trouve expliquée cette augmentation considérable de la tuberculose dans la population civile et la réapparition de la lèpre, une des formes de cette maladie. Après avoir développé cette théorie, le Dr Boucher conclut ainsi :

Les virus atténués ou non sont des germes infectieux semés dans l'organisme, ils déterminent la déchéance de l'être et de sa descendance, et si l'obligation de la vaccine est une violation de la liberté individuelle, elle est bien plus encore une atteinte portée à l'avenir de l'humanité.

Sur la contagion réduite à ses limites véritablement scientifiques et sur les conséquences hygiéniques qui en découlent.

M. le Dr BOUCHER (de Saint-Servan). — Après avoir constaté que l'hypothèse de la contagion microbienne n'a fait faire aucun pas à la science au point de vue des étiologies morbides, l'auteur démontre, par l'observation attentive des faits, que rien ne vient la légitimer. Dans les casernes, où les épidémies se peuvent étudier dans toutes leurs phases d'une façon parfaite, jamais on ne peut constater de suite, dans les atteintes, de contiguïté dans l'apparition des cas :

et cependant l'idée de contagion entraîne fatalement avec elle l'idée de contiguité. D'où peut donc provenir cette antinomie existant entre les données théoriques et les faits réels? Suivant M. Boucher, elle résulte de ce que la contagion microbienne se trouve être, pour les besoins de la cause, considérablement exagérée. Et en effet, dit-il, la maladie ne provient pas du microbe, mais bien des différentes variations que subit le milieu atmosphérique.

Sous leur influence et par le fait des exagérations ou des dépressions magnéto-électriques, la celulle vivante trouvant en trop ou ne trouvant plus dans l'ambiance, les quantités d'énergies vitales qui lui sont justement nécessaires, est troublée dans son fonctionnement normal, et les sécrétions toxiques signalées par Bard d'abord, par Hallopeau et par Gauthier, apparaissent, déterminant l'état infectieux de l'organisme. Cette théorie se trouve vérifiée par Foveau de Courmelles qui, le premier, a révélé le rôle important que joue l'ozone dans le phénomène épidémique. Qu'est-ce que l'ozone? De l'oxygène électrisé.

Les bactériologues ont donc mis dans l'intérêt de leurs microbes, sur le compte de la contagion, ce qui en réalité ne provenait que du milieu. Cependant, ajoute l'auteur, la contagion existe. Par quel mécanisme? Quelles en sont ses limites? C'est ce qu'il va étudier. Et tout d'abord, M. Boucher fait ressortir que le microbe n'est pour rien dans l'affaire, car les névroses et la folie sont, elles aussi, contagieuses au même titre que les maladies infectieuses, et il n'y a pas de microbes. Il faut donc que l'explication, pour être rationnelle, puisse s'appliquer aux unes aussi bien qu'aux autres.

S'appuyant sur les expériences de Lugs et de Baraduc, sur les indications fournies par le biomètre de Fortin, sur ce fait observé par lui-même qu'un cocon de soie suspendu à un fil présente des oscillations lorsqu'on vient à en approcher la pulpe des doigts réunis; il en conclut, conformément aux lois physiques, que les êtres animés rayonnent un fluide, une énergie spéciale normale lorsque l'être est à l'état normal, anormale, pathogène, lorsque l'être est en état de maladie. Il s'ensuit que quand deux êtres, l'un malade, l'autre bien portant, se trouvent en contact prolongé, les deux forces émises vont réagir l'une contre l'autre, et que leur résultante prendra une direction déterminée dans un sens favorable pour celui-ci, défavorable pour celui-là, suivant que le pouvoir émissif de l'un sera supérieur ou inférieur au pouvoir émissif de l'autre. Ce qui se pourrait exprimer aussi par analogie avec les lois physiques. L'influence exercée par les corps animés, les uns sur les autres, est en raison directe de la masse fluidique qu'ils émettent et en raison inverse du carré de leur distance.

Conclusions. — Il est utile d'empêcher entre le malade et l'homme sain un contact immédiat et prolongé. L'isolement absolu est une exagération. Les pulvérisations et autres manœuvres bactériologiques sont tracassières autant qu'illusoires. Elles sont utiles en ce sens qu'elles préparent contre la bactériologie une formidable et très salutaire réaction.

Après quelques observations du président et du Dr Ledé, M. le Dr Combemale (de Lille) fait une communication sur la valeur de l'*ichtyol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.*

M. Feret, de la Société française d'hygiène, lit un mémoire sur l'*hygiène pratique.* Rappelant l'axiome de Fontenelle : « L'homme doit vivre cent ans », il fait un exposé succinct de l'hygiène élémentaire.

M. le Dr Moreau (de Tours), lit une étude sur le *Suicide chez les enfants.* Il présente les conclusions suivantes :

1° Les enfants subissent la loi commune et, comme les adultes, se suicident; 2° ils obéissent à des motifs analogues, mais proportionnés, pourrait-on dire, à leur âge; 3° ces suicides sont soumis aux lois communes de l'hérédité; 4° la contagion, l'imitation, jouent un grand rôle dans la production du suicide dans le bas âge ;

5° Chez l'adulte, certaines formes d'aliénations et de névropathies poussent au suicide. L'enfant n'y échappe pas et suit la même marche; 6° le suicide du jeune âge se fait remarquer : a) par son instantanéité de détermination ; b) par l'absolutisme du premier mouvement ; c) mutisme de réflexion ; d) souvent par sa grande futilité; e) énergie considérable dans l'exécution, ténacité extrême ;

7° Quelques suicides ne doivent pas être considérés comme tels. Ce sont les suicides qu'on peut désigner sous le nom de *suicides chevaleresques.* L'enfant obéit ici à un sentiment chevaleresque dont on ne saurait le blâmer.

8° Le traitement est prophylactique et curatif: a) veiller à une bonne éducation, bonne hygiène morale ; b) éviter les causes d'imitation (livres, récits, images, etc.); c) dans les cas d'affections mentales déterminées, de névropathies, lutter contre la cause première, dont l'idée de suicide n'est qu'un épisode dans le délire.

La séance est levée à onze heures. — La séance suivante a eu lieu le jeudi 14 avril 1898, à neuf heures et demie du matin.

CORRESPONDANCE

Protestation contre le Directeur de la Pitié.

Paris, 9 avril 1898.

« Monsieur le Directeur du *Progrès médical.*

« Les Internes en médecine de la Pitié vous seraient très reconnaissants de bien vouloir insérer la petite note suivante, qui n'est, comme vous le pouvez voir, dictée que par un juste sentiment d'indignation.

« Nous n'en finirons jamais avec l'Assistance publique. Mardi dernier mourait à la Pitié, dans un affreux recoin aménagé à la hâte en chambrette, un malheureux garçon qui avait été interne des hôpitaux de Paris. M. X..., ancien interne, ancien chef de clinique, n'était point de ceux, cependant, à qui l'Internat avait ouvert la porte de la fortune et des honneurs. Tout autre qu'un fonctionnaire trouverait à s'apitoyer sur le sort de ce courageux et de ce savant à qui toute une jeunesse de dévouement et de labeur n'a pu assurer un autre asile pour y mourir.

« L'Association des anciens Internes, les salles de garde de Paris, celle en particulier de la Pitié où il est mort, la Faculté de Médecine où il continuait, malade, ses fonctions de préparateur d'histologie, les sociétés savantes auxquelles il appartenait se sont fait un devoir d'assurer à M. X..., non les funérailles qu'il méritait, mais au moins les égards que commandait le respect d'une aussi douloureuse fin.

« Tel n'a pas été l'avis de l'Administration de l'Assistance publique à laquelle il avait consacré, pendant ses quatre années d'internat, un dévouement qui avait achevé de ruiner sa frêle santé. Après avoir reçu son refus de participer dans aucune mesure aux obsèques d'un ancien interne, ses collègues se sont vu refuser par MM. Jolly, directeur de la Pitié, et Voirin, l'économe, la paire de draps nécessaires à ensevelir leur mort.

« Nous ne doutons pas que le bien des pauvres dont on nous parle avec tant d'emphase, soit inaliénable et sacré ; mais nous pensons que l'interne qui fut plus que tout autre le médecin des misérables, a quelque droit, s'il meurt pauvre, à en prendre sa part sous forme d'un linceul.

« Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de notre considération distinguée.

« *Les Internes de la Pitié.* »

La presse politique, plusieurs journaux de médecine ont déjà reproduit cette lettre, avec ou sans commentaires. Il existe dans les hôpitaux des habitudes si vieilles, si routinières, si peu humaines dans le grand sens du mot, que la véhémente protestation des internes est toute naturelle. Toutefois, d'après une lettre de M. Réville, professeur au Collège de France, qui avait été le tuteur du Dr Martin-Dürr, « la mère, les parents, les amis de notre malheureux confrère ont déclaré que tout a été fait pour que ses funérailles, dans leur simplicité forcée, fussent absolument décentes et convenables. Il a vu le corps un peu avant qu'il fût déposé dans la bière, tout lui a paru très propre et très convenable. » Il y a chaque jour tant de faits graves à relever dans l'Assistance publique, qu'il ne faut pas trop l'accabler quand, comme dans la circonstance, elle n'a eu peut-être tort que dans la forme.

BIBLIOGRAPHIE

Considérations sur la Cholédocholithotomie, par Alexander Hugh Ferguson. — (*Medicine Detroit*, août 1897).

L'auteur rapporte 5 cas de lithiase biliaire, dans lesquels il a pratiqué cette opération avec d'excellents résultats. Dans un cas, la rupture de la vésicule avait amené une inondation de bile dans le péritoine, ce qui n'empêcha pas le malade de guérir. Quelles sont les indications de la cholédocholithotomie?

D'après Ferguson, c'est le procédé de choix qu'il convient d'appliquer aux calculs du cholédoque, qu'on ne peut pas extraire par le canal cystique ou par la vésicule biliaire. La lithotripsie n'assure pas une opération complète, car quelques débris calculeux peuvent rester dans le canal, et les parois du Canal ont plus ou moins à souffrir des manœuvres du broiement; il est plus difficile aussi de constater la perméabilité du conduit, qui peut être oblitéré plus bas.

Dans les cas d'obstruction du cholédoque, où l'on trouve aussi des calculs dans le canal cystique et dans la vésicule, la cholécystotomie reste l'opération de choix, car il est facile de refouler un calcul du cholédoque à travers le canal cystique dilaté. L'auteur résume ensuite la technique de la cholédocholithotomie. Après une incision oblique, séparer avec soin les adhérences, au point où l'on doit chercher le calcul. Suivre la vésicule de son fond vers le canal cystique, en passant par dessous. Arrivé à l'hiatus de Winslow, palper le bord du petit épiploon, où se trouve inclus le cholédoque. Incision longitudinale du cholédoque en avant du calcul. Rechercher la perméabilité du conduit par l'épreuve de l'eau. La suture du conduit n'est pas indispensable. Drainer avec un drain et de la gaze. P. Rellay.

Les Rayons Rœntgen en Chirurgie. (*The Rœntgen Rays in Surgery*); par Carl Beck.

Dans une intéressante brochure, l'auteur expose tous les avantages que la radiographie est appelée à rendre dans le diagnostic des affections chirurgicales. Cet exposé est précédé de considérations générales sur le principe de la méthode et sur la nature des phénomènes électriques qui ont amené Rœntgen à sa découverte. On sait que lorsqu'un fort courant traverse un tube de Geissler ou de Crookes, il dégage des radiations lumineuses qui diffèrent aux deux pôles. Une lueur bleu-foncé se montre au cathode, tandis qu'une lueur rose se montre à l'anode et remplit le tube. A mesure qu'on raréfie l'air du tube, la lumière du pôle positif diminue puis disparaît tandis que celle du cathode s'étend de plus en plus et finit par remplir le tube. On donne le nom de rayons cathodiques à ces rayons émanés du pôle négatif.

En décembre 1895, Rœntgen, expérimentant avec des tubes de Crookes entourés d'une enveloppe de carton opaque, fut surpris de voir un rayon lumineux se projeter sur un écran voisin, chaque fois que le courant passait, rayon traversant l'enveloppe opaque et non perceptible à l'œil. Il recourut à la photographie pour saisir ces rayons invisibles. Il découvrit aussi que sa main, placée sur une caisse en bois où était renfermé le tube, se trouvait reproduite sur la plaque photographique. Il constata encore que ces rayons traversaient le bois, le papier, et même les métaux en lames minces.

Les métaux épais ainsi que les os n'étaient pas perméables; fait qui présentait dès lors un grand intérêt chirurgical. Pour produire les rayons Rœntgen il faut un courant électrique, une bobine de Ruhmkorff et un tube de Crookes. De nombreux termes (radiographie, cathographie, électro-photographie, skiagraphes, skotographes, Rœntographes), servent à désigner les épreuves obtenues par les rayons Rœntgen.

Les différents tissus de l'organisme ne présentent pas tous la même perméabilité. Les tissus organiques sont moyennement perméables, tandis que les substances inorganiques, telles que la substance minérale des os, le sont peu. Les métaux peuvent être reconnus même à travers les tissus les plus épais grâce à leur perméabilité.

Pour radiographier un membre il faut le placer dans la position la plus favorable. L'avant-bras est mieux reproduit en supination, bien que cette position soit pénible pour le sujet. Le bras, la cuisse peuvent être pris dans une position quelconque. L'auteur rapporte ensuite plusieurs cas où la radiographie a été appliquée soit à des corps étrangers, soit au diagnostic des fractures. Les figures reproduites sont des plus nettes. La radiographie est ainsi appelée à rendre des services inappréciables dans une foule de circonstances cliniques : déformations du bassin, fractures du crâne, corps étrangers de l'œil, tumeurs de l'abdomen ou du thorax seront ainsi reconnues. Actuellement, c'est pour le diagnostic des corps étrangers et des affections osseuses que la méthode est vraiment précieuse et l'on peut dire qu'avec la radiographie, l'étude des fractures entre dans une ère nouvelle. P. Rellay.

VARIA

Agrégation des Facultés de Médecine

§ I. — *Physique. Chimie. Pharmacie.*

Sont admis à prendre part au concours d'agrégation qui doit s'ouvrir à Paris le 16 mai 1898 pour six places d'agrégés des Facultés de Médecine (section des *sciences physiques et chimiques* et de *pharmacie*) :

Académie d'Alger. — M. Sambuc, né le 28 mai 1859, à Toulon (Var), docteur en médecine de la Faculté de Montpellier. — Lyon et subsidiairement les autres Facultés (chimie).

Académie de Lyon. — MM. Bordier, né le 9 février 1863 à Blanzac (Charente), docteur en médecine de la Faculté de Bordeaux. — Lyon (physique). — Martz, né le 27 août 1871 à Châlon-sur-Saône (Saône-et-Loire), docteur en médecine de la Faculté de Lyon — Lyon (chimie).

Académie de Montpellier. — M. Bertin-Sans, né le 30 mars 1862, à Montpellier (Hérault), docteur en médecine de la Faculté de Montpellier. — Montpellier (physique).

Académie de Nancy. — M. Leroy, né à Epinal (Vosges), le 26 janvier 1851, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — Lyon (physique).

Académie de Paris. — MM. Broca, né le 2 novembre 18[illegible]3 à Paris (Seine), docteur en médecine à la Faculté de Paris. — Paris (physique) Desgrez, né le 15 juillet 1863 à Bannes (Haute-Marne), docteur en médecine de la Faculté de Paris. — Paris (chimie).— Fiquet, né le [illegible]3 juillet 1864 à Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure), docteur en médecine de la Faculté de Paris — Paris et subsidiairement. Lyon (chimie). — Mergier, né le 20 juin 1862 à Mauzens-et-Miramont (Dordogne), docteur en médecine de la Faculté de Paris. Paris et Lyon (physique). — Pottevin, né le 7 mai 1865 aux Cabannes (Tarn), docteur en médecine de la Faculté de Paris. Paris et subsidiairement Lyon (chimie).— Regnier, né le 10 décembre 1861 à Paris (Seine), docteur en médecine de la Faculté de Paris. Paris (physique). — Schmitt né le 18 septembre à Strasbourg. — Paris, Lyon (chimie). (M. Schmitt est inscrit sous la réserve qu'il produira le diplôme de docteur en médecine le jour de l'ouverture du concours).

Académie de Toulouse. — M. Gérard, né le 23 février 1863 à Mouy (Oise), docteur en médecine de la Faculté de Toulouse. — Toulouse (pharmacie).

Le jury de ce concours, qui doit s'ouvrir le 16 mai prochain, est composé actuellement comme il suit : *Président*, M. Gautier; *juges titulaires*, MM. Gariel, Pouchet, Bouchardat (de Paris). Imbert (de Montpellier); Hugounenq (de Lyon); Bergonie (de Bordeaux). Sont désignés comme *juges suppléants* : MM. Riche, Weiss, Hanriot et André (de Paris).

Voici les noms des candidats admis à prendre part à ce concours, par spécialité et par Faculté :

Physique — *Paris* : MM. E.-A. Broca, Mergier et Regnier. — *Montpellier* : M. Bertin-Sans. — *Lyon* : MM. Bordier et Leroy.

Chimie. — *Paris* : MM Desgrez, Fiquet, Pottevin et Schmitt. — *Lyon* : MM. Martz et Sambuc.

Pharmacie. — *Toulouse* : M. Gerard. — Quelques-uns des candidats pour les sections de physique et de chimie sont inscrits en même temps pour plusieurs Facultés.

§ II. — *Anatomie, physiologie et sciences naturelles.*

Sont admis à prendre part au *concours d'agrégation* qui doit s'ouvrir à Paris le 16 mai 1898 pour six places d'agrégés des Facultés de Médecine (section des *sciences anatomiques, physiologiques et naturelles*) :

Académie de Bordeaux. — M. Rivière, né le 21 décembre 1873 à Faux (Dordogne), docteur en médecine de la Faculté de Bordeaux. — Toulouse (physiologie).

Académie de Clermont. — M. Bardier, né le 18 mars 1870 à

l'Isle-en-Dodon (Haute-Garonne), docteur en médecine de la Faculté de Toulouse. — Toulouse (physiologie).

Académie de Lille. — M. d'Hardiviller, né le 22 mai 1866 à Vendeuil-Caply (Oise), docteur en médecine de la Faculté de Lille. — Lille et Nancy (anatomie).

Académie de Nancy. — M. Bouin, né le 11 juin 1870 à Vendresse (Ardennes), docteur en médecine de la Faculté de Nancy. — Nancy (anatomie).

Académie de Paris. — M. Bohn, né le 28 mai 1868 à Amiens (Somme), docteur en médecine de la Faculté de Paris. — Toulouse (histoire naturelle). — M. Cousin, né le 6 octobre 1857 à Lille (Nord), docteur en médecine de la Faculté de Montpellier. — Lille et subsidiairement les autres Facultés (anatomie). — M. Guyon, né le 21 février 1864 à Paris (Seine), docteur en médecine de la Faculté de Paris. — Paris (physiologie). — M. Hallion, né le 8 avril 1862 à Baccarat (Meurthe-et-Moselle), docteur en médecine de la Faculté de Paris. — Paris (physiologie). — M. Langlois, né le 2 août 1862 à Paris (Seine), docteur en médecine de la Faculté de Paris. — Paris (physiologie). — M. Launois, né le 24 juillet 1856, à Miremont (Marne), docteur en médecine de la Faculté de Paris. — Paris (anatomie) — M. Moreau, né le 20 juillet 1860, à Pondichéry (Indes françaises), docteur en médecine de la Faculté de Paris. — Paris (anatomie). — M. Picou, né le 5 mai 1867, à Babastens (Tarn), docteur en médecine de la Faculté de Paris. — Lille et subsidiairement Nancy (anatomie). — M. Pilliet, né le 7 mars 1861 à Paris (Seine), docteur en médecine à la Faculté de Paris. — Paris (anatomie). — M. Rieffel, né le 1er mars 1862, à Barr (Haut-Rhin), docteur en médecine de la Faculté de Paris. — Paris (anatomie).

Académie de Toulouse. — M. Billard, né le 18 juillet 1873, à Montbrun (Lot), docteur en médecine de la Faculté de Toulouse. — Toulouse (physiologie). M. Verdun, né le 23 avril 1869, à Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées), docteur en médecine de la Faculté de Toulouse. — Toulouse (histoire naturelle).

Le jury de ce concours qui doit s'ouvrir le 16 mai prochain, est composé actuellement comme il suit : *Président* : M. Mathias-Duval ; *juges titulaires* : MM. Farabeuf, Richet, Blanchard, Bonnier, Retterer (de Paris) ; Meyer (de Nancy) ; Debierre (de Lille) ; Testut (de Lyon). Sont désignés comme *juges suppléants* : MM. Gley, Sébileau, Poirier et Laborde (de Paris).

Voici les noms des candidats par spécialité et par Faculté :

ANATOMIE. — *Paris* : MM. Launois, Moreau, Pilliet et Rieffel. — *Nancy* : M. Bouin. — *Lille* : MM. Cousin, d'Hardiviller et Picou (inscrits en même temps pour plusieurs Facultés)

PHYSIOLOGIE. — *Paris* : MM. Guyon, Hallion en Langlois. — *Toulouse* : MM. Bardier, Billard et Rivière.

HISTOIRE NATURELLE. — *Toulouse* : MM. Bohn et Verdun.

Le Doctorat de l'Université de Paris.

M. Gréard, président du Conseil de l'Université, va publier les règlements relatifs au doctorat de l'Université de Paris. On sait que, d'après la nouvelle loi, le Conseil est souverain en pareille matière ; mais ses décisions doivent être, pour avoir force exécutoire, validées par le Ministre de l'Instruction publique, sur l'avis de la section permanente du Conseil supérieur. M. Rambaud ayant approuvé les règlements relatifs au nouveau doctorat le 1er avril, ces règlements seront mis à exécution à partir de la présente année scolaire.

Voici leurs principales dispositions : Les aspirants au doctorat de l'Université de Paris doivent se faire inscrire sur un registre spécial au secrétariat de la Faculté ou Ecole de l'Université dont ils veulent suivre les études. Ils présentent, en vue de l'inscription, leurs diplômes, attestations d'études ou titres scientifiques, sont tenus d'accomplir la scolarité déterminée par le présent règlement et subissent des épreuves publiques. Ils sont soumis au régime scolaire et disciplinaire de l'Université.

Pour les *Etudiants en Médecine*, le diplôme de docteur de l'Université de Paris est délivré aux étudiants étrangers qui ont obtenu de faire leurs études et de subir leurs examens à la Faculté de Médecine de Paris avec dispense du grade de bachelier. Il convient de rappeler ici que, d'après l'article 15 du décret du 21 juillet 1897, le titre nouveau « ne confère aucun des droits et privilèges attachés aux grades par les lois et règlements et ne peut en aucun cas être déclaré équivalent aux grades ». Ainsi, désormais, la situation des étudiants étrangers de l'Ecole de Médecine est nettement déterminée.

A la *Faculté des Sciences*, les aspirants doivent produire deux des certificats suivants d'études supérieures : calcul différentiel et calcul intégral, mécanique rationnelle, astronomie, analyse supérieure, géométrie supérieure, mécanique céleste, physique mathématique, mécanique physique et expérimentale, physique générale, chimie générale, minéralogie, chimie biologique, zoologie, botanique, géologie, physiologie générale, géographie physique. La Faculté se réserve d'admettre des équivalences pour les étudiants étrangers. La durée de la scolarité est d'un an. Les épreuves comprennent la soutenance d'une thèse contenant des recherches personnelles et des interrogations sur des questions proposées par la Faculté.

A l'*École supérieure de Pharmacie*, les aspirants doivent, s'ils sont Français, produire le diplôme de pharmacien de 1re classe ; s'ils sont étrangers, deux certificats d'études : le premier, d'études de pharmacie chimique et de toxicologie ; le second, d'études de pharmacie galénique et de matière médicale. L'École se réserve d'admettre des équivalences. La durée de la scolarité est d'une année au moins. L'épreuve consiste dans la soutenance d'une thèse contenant des recherches personnelles.

Charcot et Vulpian.

Notre ami M. Louis GALLET, connu du monde médical par ses fonctions administratives, et de tout le monde par ses œuvres littéraires, multiples et variées, vient de publier à la librairie Calmann-Levy, un livre très intéressant, sous ce titre : *Guerre et Commune*, 1870-71.

M. L. Gallet était, à cette tragique et sinistre époque, commis à la Salpêtrière, où nous avons eu le plaisir de faire sa connaissance en 1866. Ce qu'il a réuni dans ce volume, dit-il, « ce sont les impressions franches, simples et familières d'un homme dont la vie s'est partagée entre la tâche de l'hospitalier et celle de l'écrivain, œuvre humaine, œuvre intellectuelle, toutes deux également et diversement séduisantes. De ce volume qui sera lu avec un vif intérêt par tous nos lecteurs et surtout par ceux qui étaient à Paris pendant ce siège épouvantable, nous extrayons les lignes suivantes consacrées à Charcot et à Vulpian.

« De ce groupe, — il s'agit du corps médico-chirurgical de la Salpêtrière — c'est la figure du Dr Charcot et celle du Dr Vulpian qui se détachent le plus nettement. Deux amis, deux praticiens de haute valeur, deux natures absolument différentes. Charcot, maigre, rasé, l'œil flamboyant sous l'arcade sourcilière profonde, les cheveux plats rejetés en arrière, la lèvre un peu dédaigneuse, la parole courte, heurtée, dogmatique, toujours précédée d'un geste long, d'un regard pénétrant, familier de langage parfois et d'une vraie bonté que trahit par instants son doux sourire éclairant cette physionomie inquisitoriale. Vulpian, grand, fort, coloré, l'air d'un Bourguignon, qu'il est, je crois, les cheveux roux, abondants, des favoris en côtelette, plein de bonhomie et de finesse sous ses allures simples. Un savant profond, d'une méthode ingénieuse, un diagnosticien d'une pénétration rare. » B.

Affaire Blanchard-Heim.

Notre ami le Dr Laborde apprécie ainsi qu'il suit les motifs des troubles survenus récemment à la Faculté de Médecine.

« Il y a, d'un côté, un coupable, quel qu'il soit, M. X..., si l'on veut que nous n'envisageons ici que sous ce rapport et dont nous n'apprécions pas du reste ni le degré, ni la nature de culpabilité ; car, notre impression première, en présence des faits et de la personnalité dont il s'agit, a été de croire à l'inconscience et à l'irresponsabilité et, par conséquent, à un état maladif.

« Il y a, d'un autre côté, un révélateur autorisé, qui a fait son devoir ; n'ayant pas voulu — c'était son droit — passer ni pour dupe, ni pour complice.

« Et quant aux justiciers, nous n'en dirons également que le mot qui est dans notre pensée et dans notre conviction, c'est qu'ils ont usé d'une indulgence que nous sommes loin de blâmer, puisque nous avons prononcé le mot d'irresponsabilité ; mais qui a servi de prétexte et d'encouragement à la réaction et à l'agitation passionnées dont on voit et on recueille aujourd'hui les tristes résultats. (*Tribune méd.*, 23 mars 189).

Journalistes et Directeur d'Exposition.

Contribution à l'Histoire des Luttes intestines de la Presse et des Administrations.

L'Association de la Presse médicale française, dans sa réunion du 4 février 1898, sur la proposition de MM. Laborde et Marcel Baudouin, avait décidé que les membres du Bureau de l'Association, MM. Cornil, de Ranse, Cézilly et M. Baudouin seraient chargés de faire les démarches nécessaires pour tenter d'obtenir l'autorisation d'organiser, à l'Exposition de 1900, un Bureau de Renseignements à l'usage des médecins de la pro-

vince et de l'étranger, désirant assister aux multiples Congrès qui auront lieu à cette époque.

La circulaire de l'Association, relatant cette décision, fut envoyée à M. le Directeur général de l'Exposition de 1900. Le soir même du jour où il reçut cette circulaire, paraissait, dans le *Temps*, journal très en cour auprès de l'Administration, l'entrefilet ci-dessous, évidemment communiqué à dessein, pour répondre *sans tarder* et annuler l'effet de la note de l'*Association de la Presse médicale* :

Les Congrès et Conférences de l'Exposition. — La commission supérieure de l'Exposition universelle va être appelée, *à bref délai*, à statuer sur l'organisation des Congrès et Conférences de 1900. Le soin de leur organisation *sera confié* au savant professeur Gariel, membre de l'Académie de Médecine. C'est déjà le professeur Gariel qui organisa les Congrès et Conférences de l'Exposition de 1889 et il est superflu de rappeler qu'ils furent utiles et brillants. Ceux de 1900 présenteront, en raison du centenaire du labeur humain, un intérêt tout spécial.

Donc, *rien de fait ni même de préparé encore !* C. q. f. d.

Mais le renseignement qui termine la note était bien inutile à donner. Il y a longtemps que nous savions que notre cher maître, M. le Pr Gariel, serait chargé de cette organisation : la preuve, c'est que nous-même avons donné son nom, *avant la lettre*, à la Réunion de la Presse médicale, et qu'il a été décidé que la démarche serait faite auprès de lui et non auprès de M. le Directeur général de l'Exposition, qui est évidemment beaucoup trop occupé pour s'intéresser à ces petits détails.

M. B.

Pratique médicale : abus des consultations médicales.

Dans un de ses derniers bulletins (*Méd. mod.*, 9 avril), M. Helme signale quelques-unes des causes qui nuisent aux médecins dans la pratique. Il insiste en particulier sur la catégorie des pseudo-clients qui profitent de toutes les occasions pour obtenir des médecins une consultation gratuite. Et il continue ainsi :

« Mais la race de ces indiscrets tend à disparaître, chacun de nous s'étant ingénié à les éconduire poliment. De temps à autre cependant on peut être pris encore au traquenard, témoin ce qui advint à un de mes amis. Dans un dîner, sa voisine de table crut devoir l'assassiner de questions professionnelles. Quant elle eut bien exposé ses petites misères, celles de son mari et de ses enfants, encouragée par la patience du médecin, elle voulut obtenir par dessus le marché un remède pour un de ses animaux favoris.

« — Mon chat perd tous ses poils, expliqua-t-elle. Indiquez-moi donc, je vous prie, docteur, une pommade pour les empêcher de tomber. — Et le bon confrère de répondre froidement : — Pas n'est besoin de pommade, madame, un peu d'hygiène suffira. Supprimez simplement pendant quelque temps l'usage de la bicyclette et vous verrez aussitôt ce petit inconvénient disparaître.— L'anecdote est peut-être un peu risquée en cette fin de Carême. Vous me la passerez pour cette fois. C'est là un genre dont je ne fais pas abus. »

Les Spécialités à l'Etranger.

En Allemagne, d'après un projet émanant du Ministère de l'Intérieur de l'empire d'Allemagne, la délivrance des remèdes secrets est soumise à toutes les obligations auxquelles sont soumis les médicaments toxiques ou actifs. Les pharmaciens qui se livrent à la vente de ces remèdes seront obligés d'indiquer d'une façon visible le nom, le prix, la composition et le préparateur du remède. Les recommandations, attestations, etc., sur le flacon et sur l'enveloppe seront prohibées. Quant aux remèdes secrets qui ne peuvent être délivrés que sur ordonnance du médecin, ils seront pourvus d'une marque spéciale. L'administration se réserve de supprimer la vente de certains remèdes secrets et de fixer un prix maximum de vente. Les mêmes dispositions existent en Russie où aucune spécialité ne peut être annoncée, sinon dans les journaux médicaux. (*Journal de Médecine* de Paris, 10 avril). La pratique russe, c'est-à-dire l'interdiction des annonces pharmaceutiques dans les journaux non médicaux est un bon moyen de combattre l'exercice illégal de la médecine. Avis aux syndicats.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 18. — Dissection : MM. Humbert. Jalaguier, Broca. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Tillaux, Reclus, Sébileau. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Blanchard, Rémy, Ricard. — (2e *série*) : MM. Mathias-Duval, Lejars, Retterer. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Potain, Landouzy, Gaucher. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Delens, Walther. — (2e *série*) : MM. Monod, Segond, Tuffier. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Fournier, Déjerine.

MARDI 19. — Dissection : MM. Polaillon, Richelot, Thiéry. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Farabeuf, Rémy, Poirier. — (2e *série*) : MM. Campenon, Quénu, Gley. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM Hutinel, Ballet, Ménétrier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Marfan, Letulle. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Gilbert, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Berger, Nélaton, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Debove, Charrin.

MERCREDI 20. — Dissection : MM. Terrier, Lejars, Retterer. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Monod, Segond, Sébileau. — (2e *série*) : MM. Rémy, Ricard, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Fournier, Déjerine, Gaucher. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Delens, Jalaguier, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Humbert, Reclus, Walther.

JEUDI 21. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Nélaton, Thiéry. — 1ere *de Doctorat* : MM. Farabeuf, Richelot, Rémy. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Polaillon, Netter, Gley. — (2e *série*) : MM. Grancher, Blanchard, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Hutinel, Charrin, Roger. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Thoinot, André.

VENDREDI 22. — Dissection : MM. Segond, Rémy, Poirier. — 1er *de Doctorat* : MM. Terrier, Retterer, Sébileau. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Monod, Jalaguier, Lejars. — (2e *série*) : MM. Reclus, Humbert, Walther. — (2e *partie*) : MM. Potain. Déjerine, Gaucher. — (1re *partie*) Obstétrique : MM. Ribemont-Dessaignes, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 23. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Farabeuf, Nélaton, Thiéry. — (2e *série*) : MM. Berger, Quénu, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*. (1re *série*) : MM. Richelot, Rémy, Albarran — (2e *série*) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Campenon. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Chantemesse, Gilbert, Achard. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 20 — M. Foix. Des paralysies post-typiques — M. Brousse. Les palpitations du cœur chez le jeune soldat. — M. Poirier. Contribution à l'étude des traumatismes du crâne chez l'enfant. — M. Cayet. Myosite aiguë.

JEUDI 21. — M. Jouin Contribution à l'étude des tumeurs solides de l'ovaire. — M. Barbet. De quelques cas anormaux d'appendicite. — M. Sanz de Santa-Maria. Grenouillette sanguine ou angiomes profonds du plancher de la bouche. — M Amice. Aphasie traumatique. — M. Cuissard. Le pain scientifique. — M. Quentin. Contribution à l'étude du signe palmo-plantaire dans la fièvre typhoïde. — M. Jaisson. Les psychoses puerpérales — M. Sareau. De l'hypotonie musculaire dans le tabes. (Sa fréquence.)

VENDREDI 22. — M. Chalmette. Considérations cliniques sur quelques observations d'ostéo-tuberculose — M. Trinité. Les sinusites aiguës et leur traitement. — M. Bourlet. Déambulation dans le traitement des pseudarthroses de la jambe.

Enseignement médical libre.

Cours libres de la Faculté de Médecine de Paris. — M. le Dr BÉRILLON. Psychologie physiologique et pathologique. Applications cliniques de l'hypnotisme, mardi, samedi, à 5 heures (Amphithéâtre Cruveilhier), mardi 19 avril 1898. — M. le Dr BONNET. Radioscopie et radiographie médicales. Conférences le samedi, à 8 h. 1/2 du soir (Amphithéâtre Cruveilhier). Travaux pratiques, les mardis et jeudis, à 2 heures, salle no 1 (batiments du Musée Dupuytren), samedi 23 avril 1898. — M. le Dr DUNOGIER. Pathologie et thérapeutique dentaires, mercredi, à 5 heures (Amphithéâtre Cruveilhier), mercredi 28 avril 1898. — M. le Dr FOVEAU DE COURMELLES. Radiographie et radioscopie. Radiothérapie, lundi, à 5 heures (Amphithéâtre Cruveilhier), lundi 25 avril 1898. — M. le Dr Georges PETIT. Stomatologie : clinique et thérapeutique, jeudi, à 5 heures (Amphithéâtre Cruveilhier), jeudi 21 avril 1898.

PETITE CORRESPONDANCE. — *Journal of Cutaneous and Genito-Urinary diseases* : Prière de nous adresser vos numéros, rue des CARMES, 14.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 27 mars au samedi 2 avril 1898, les naissances ont été au nombre de 1.120, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 402, illégitimes, 168. Total, 570. — *Sexe féminin* : légitimes, 481, illégitimes, 149. Total, 550.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 27 mars au samedi 2 avril 1898, les décès ont été au nombre de 1.102, savoir : 571 hommes et 531 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 2. T. 3.— Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.— Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole: M. 14, F. 14, T. 28.— Scarlatine : M. 3, F. 0, T. 3, — Coqueluche : M. 2, F. 4, T. 6. — Diphtérie, Croup : M. 5. F. 6, T. 11. — Grippe : M. 6, F. 4, T. 10. — Phtisie pulmonaire : M. 125, F. 101, T. 226. — Méningite tuberculeuse : M. 15, F. 17, T. 32. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 9, T. 27. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 8, T. 8. — Tumeurs malignes : M. 22, F. 26, T. 48. — Méningite simple : M. 13, F. 15, T. 23. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 33, F. 21, T. 54. — Paralysie, M. 2, F. 6, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 3, T. 7.— Maladies organiques du cœur : M. 35, F. 27, T. 62 — Bronchite aiguë : M. 12, F. 6, T. 18.— Bronchite chronique : M. 21, F. 13, T. 34.— Broncho-pneumonie : M. 22, F. 24, T. 46. — Pneumonie : M. 27, F. 25, T. 52. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 30, F. 24, T. 54.— Gastro-entérite, biberon : M. 20, F. 6, T. 26. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 6, T. 10. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 1, T. 4. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 14, F. 21. T. 35.— Sénilité : M. 11, F. 33, T. 44. — Suicides : M. 13, F. 7, T. 20. — Autres morts violentes : M. 11, F. 8, T. 19. — Autres causes de mort : M. 72, F. 84, T. 166. — Causes restées inconnues : M. 11, F. 2, T. 13.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 73, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 37, illégitimes, 7, Total : 44. — *Sexe féminin* : légitimes, 18, illégitimes, 11. Total : 29.

Faculté de Médecine de Paris. — *Cours de pathologie et thérapeutique générales.* — M. le Pr Bouchard commencera son cours le mardi 19 avril, à 5 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Congrès de Zoologie. — Le Conseil de l'Université de Paris a désigné MM. Milne-Edwards, professeur à l'Ecole supérieure de Pharmacie, et Blanchard, professeur à l'École de Médecine, pour représenter l'Université de Paris au congrès de zoologie, qui aura lieu à Cambridge, le 23 août et jours suivants.

Médecins Candidats-Députés. — Dans le Nord, à Lille, les cercles radicaux ont désigné leurs candidats dans les trois circonscriptions de Lille. Ce sont : pour la 1re M. le Dr Debierre, adjoint au maire, professeur à la Faculté de Médecine, correspondant de l'Académie, qui luttera contre le Dr Barrois, conseiller municipal, également professeur à la Faculté de Médecine. candidat des républicains modérés. — Trois candidatures républicaines viennent de surgir dans la cinquième circonscription de Bordeaux où, comme on sait, M. Duvigneau ne se représente pas : celle du Dr René Cazauvieilh, conseiller général de Belin, entre autres. — Dans la Haute-Vienne, le Comité radical de Saint-Yrieix a choisi le Dr Boutard comme concurrent à M. Lavertujon, républicain, dont la réélection est néanmoins assurée à une grande majorité.

Missions Scientifiques. — *Mission en Amérique.* — M. Kunckel d'Herculais, naturaliste bien connu du Muséum d'histoire naturelle de Paris par ses savants travaux sur les acridiens notamment, a accepté l'importante mission en Amérique qui lui a été confiée par le Gouvernement Français. Sur la demande du gouvernement Argentin, M. Kunckel d'Herculais a été chargé de créer et de diriger, à Buenos-Ayres, le service entomologique appliqué à l'agriculture qui vient d'être fondé dans ce pays.

Hygiène sanitaire en Orient. — On confirme par dépêche de Constantinople que le sultan a rejeté l'avis du Conseil sanitaire international qui demandait d'isoler Djeddah, port de la Mecque, au moyen d'un cordon sanitaire.

Récompenses. — Le Ministre de la Marine a accordé une *médaille d'or* de 2e classe à M. le Dr Bourdet de Cherbourg pour acte de courage et de dévouement. Les récompenses suivantes ont été décernées, pour actes de courage et de dévouement : *Médaille d'argent de 2e classe*, M. le Dr Vendrand (de Villers-Cotterets). — *Mention honorable*, M. Cuguliére (étudiant en médecine à Toulouse).

Les Rapports de la Ville de Paris avec l'Université. — La commission spéciale du Conseil municipal chargée d'étudier, sur la demande de M. Astier, les rapports entre la Ville et l'Université de Paris, est constituée comme suit : MM. Astier, Bellan, Blondel, Bompard, Clairin, Dubois, Lefèvre, Levraud, Lucipia et Vorbe.

La Valeur de la Science. — Nous extrayons d'un article de Tolstoï le passage ci-dessous : « — Et la médecine ? Vous oubliez les prodigieux et bienfaisants progrès de la médecine ? Et la culture des microbes ? Et l'antisepsie ? Ne savez-vous pas que nous pouvons ouvrir des ventres, couper des bosses, que grâce à la médecine les cas de diphtérie mortelle ont diminué de plus de moitié ? L'organisation de notre vie est telle que, non seulement les enfants, mais même la grande majorité des hommes, par le défaut d'une bonne nourriture, par les mauvaises conditions hygiéniques de leur travail, etc., se trouvent empêchés de vivre la durée normale de la vie : l'organisation de notre vie est telle que les maladies des enfants, la syphilis, la phtisie, l'alcoolisme exercent des ravages de plus en plus grands, que les meilleures forces de l'homme se dépensent en préparation de la guerre ; et tout cela provient de ce que la science, au lieu de répandre parmi les hommes de saines notions religieuses, morales et sociales, s'occupe, d'une part, à justifier l'état de choses présent et, d'autre part, à résoudre des devinettes. Et l'on vient ensuite nous montrer, comme une preuve de l'action bienfaisante de cette science, qu'elle nous aide à sauver un millier de ces innombrables milliers d'hommes qui ne tiennent que d'elle seule leurs souffrances, l'accroissement de leur misère, et jusqu'à la maladie même que soi-disant elle guérit. Ah ! si les hommes voulaient employer seulement une partie des efforts, de l'attention et du travail qu'ils dépensent aux niaiseries de la science, s'ils voulaient les employer à fixer dans l'esprit des hommes de bonnes notions religieuses, morales, sociales, voire hygiéniques, nous ne verrions pas la centième partie de ces diphtéries, de ces maladies de matrice, de ces bosses que la science est si fière de pouvoir guérir, encore qu'il faudrait examiner d'un peu près jusqu'à quel point elle les guérit vraiment !

Hygiène des Villes. — *Le Tout à l'Egout à Paris.* — Le préfet de la Seine vient d'instituer une commission chargée d'étudier et de formuler les mesures qu'il convient de recommander aux propriétaires pour assurer à l'intérieur de leurs immeubles l'application de l'écoulement direct à l'égout des matières de vidange. Cette commission est composée de : le préfet de la Seine ou son délégué, président ; les Drs Cornil, Proust, Vallin, membres de la commission d'assainissement ; MM. Allard et du Mesnil, membres de la commission des logements insalubres de la ville de Paris ; M. Salleron, membre du conseil d'architecture de la ville de Paris ; MM. Hermant, vice-président de la Société centrale des architectes ; Fernoux, président de la Société nationale des architectes ; Gout, président de l'Union syndicale des architectes ; Roussi, président de l'Association des architectes diplomés ; Leturgeon, ancien président de la Chambre syndicale des entrepreneurs de maçonnerie ; MM. Menant, directeur des affaires municipales ; Bouvard, directeur des services municipaux d'architecture ; Defrance, directeur de la voie publique, des eaux et des égouts ; Bechmann, ingénieur en chef de l'assainissement ; MM. le Dr A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement ; de Pontich, chef du service du contentieux ; Pierron, architecte-voyer en chef adjoint ; Masson, inspecteur des travaux sanitaires.

Laboratoire pour les Etudiants en Médecine de première année. — L'Université de Paris, dont la renaissance est de date si récente, va, cette semaine, accomplir le premier acte important de sa vie nouvelle. C'est d'un emprunt qu'il s'agit, et d'un emprunt dont le montant n'est pas inférieur à 1.700.000 francs. La loi, en effet, qui a reconstitué récemment les universités, leur a donné la personnalité civile. Elles ont leur budget propre, doté de ressources définies et assurées, et elles peuvent contracter des emprunts garantis sur ces ressources. Elles ont besoin uniquement, pour ce faire, de l'autorisation, par décret, de l'Etat. Les 1.700.000 francs qu'emprunte l'Université de Paris doivent être assignés par elle à deux œuvres. La plus grande partie de cette somme servira à la construction des bâtiments destinés aux étudiants de première année de médecine, les P. C. N. (étudiants en physique, chimie, histoire naturelle). A cette heure, les services des P. C. N. sont installés de la manière la plus défectueuse rue Rataud, dans les locaux de l'Ecole professionnelle de physique et de chimie. La ville de Paris, à laquelle appartiennent ces locaux, les avait prêtés gracieusement à l'Université, mais la Ville va avoir besoin de l'immeuble, et puis, les P. C. N. se trouvaient décidément trop mal rue Rataud. On va construire pour eux des bâtiments plus commodes rue Cuvier. La seconde partie de la

somme doit servir à l'aménagement définitif du laboratoire d'histoire naturelle à Fontainebleau. Cette semaine, la question doit être résolue définitivement, et on pense que les travaux pourront être entrepris, à Fontainebleau et rue Cuvier, dès les beaux jours.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours des Hôpitaux.* — (Médecine). Sont déclarés admissibles à la deuxième épreuve : MM. Gallois, Parmentier, Boulloche, Méry, Laffitte, Gouget, Enriquez, Bruhl, Souques, Triboulet, Belin, Legry, Plicque, Dupré, Renault, Avi-ragnet, Tissier, Hudelo, Macaigne, Lamy, Létienne, de Grandmaison, Thiroloix, Soupault, Teissier, du Pasquier, Besançon, Lyon.

BOUES ET IMMONDICES. — *Etablissement insalubre.* — Le Conseil d'Etat vient de rendre une décision à laquelle applaudiront tous ceux que préoccupent à bon droit les questions d'hygiène et de salubrité. Un sieur X... a été autorisé à créer, aux environs de Paris, en dehors de toute agglomération, un dépôt de boue et d'immondices. Mais, pour réduire ses frais de transport en diminuant le nombre des chargements, il a fait, à diverses reprises, stationner dans la cour de la maison d'habitation, située à Montreuil-sous-Bois, des voitures remplies d'immondices et de détritus destinés à être déversés au dépôt. Des procès-verbaux ayant été dressés contre lui, il a été traduit devant le tribunal de simple police. Ce tribunal, sur sa requête, l'a renvoyé devant la juridiction administrative pour faire préalablement interpréter le décret du 3 mai 1886, qui a fixé la nomenclature des établissements dangereux, incommodes et insalubres. C'est dans ces circonstances que le Conseil d'Etat vient de décider que le fait de laisser stationner journellement pendant un certain temps dans la cour d'une maison d'habitation située dans la partie agglomérée d'une commune des voitures ainsi chargées à l'effet de les manipuler et d'en opérer le transbordement constitue l'établissement d'un dépôt de boues et d'immondices dans le sens du décret de 1886. L'administration pourra donc user de ses pouvoirs de police pour réprimer des faits de ce genre.

LES MÉDECINS DU DISPENSAIRE DE SALUBRITÉ. — Au conseil municipal de Paris, M. Grébauval a demandé au préfet de police des explications sur la mise à la retraite des médecins du dispensaire de salubrité, et notamment s'il a l'intention d'appliquer le règlement d'un de ses prédécesseurs, M. Léon Bourgeois. Après une réponse de M. Laurent, secrétaire général, le Conseil a invité le préfet de police à exécuter l'arrêté de 1888.

STATISTIQUE. — Il y a trois ans, à la suite de la morsure par un chien suspecté d'hydrophobie du fils d'un directeur de théâtre très connu, il s'est produit une recrudescence de sévérité en faveur des chiens à la Préfecture de police. Après cet accident, on n'aurait pas tué moins de 18.000 chiens.

LES RAYONS X AUX CONSEILS DE REVISION. — De jour en jour les applications des rayons X deviennent de plus en plus nombreuses, mais jusqu'à présent cependant le service du recrutement n'avait pas encore songé à les appliquer pour déterminer l'aptitude physique des conscrits. C'est désormais chose faite. A l'une des dernières séances du Conseil de revision de la Seine, se présentait un jeune homme qui avait reçu, il y a quelques mois, une balle de revolver dans la jambe droite. La balle avait traversé le tibia et causé, paraît-il, des lésions internes dont on ne pouvait apprécier la gravité par un examen superficiel. Le Conseil de revision était fort perplexe et ne savait quelle décision prendre, quand le conscrit demanda la permission de présenter plusieurs épreuves radiographiques de sa jambe. En présence de ces épreuves le doute n'était plus possible, et le Conseil a immédiatement prononcé la réforme du conscrit. Il serait à souhaiter que cette application nouvelle des rayons X se généralisat dans les services du recrutement; on éviterait ainsi l'incorporation de jeunes conscrits atteints de lésions ou d'infirmités qui échappent souvent à l'examen forcément superficiel du Conseil de revision.

COIFFEURS ET MALADIES CONTAGIEUSES. — Dans sa dernière séance, le Conseil central d'hygiène publique et de salubrité de la Loire-Inférieure a rédigé l'instruction suivante sur les précautions à prendre contre les *maladies transmissibles dans les salons de coiffure* : 1° Il est conseillé de remplacer les peignes en écaille, en ivoire, en buffle, par des peignes métalliques, et les rasoirs communs par des rasoirs complètement métalliques ; 2° Après s'être servi du peigne, des ciseaux ou de la tondeuse, essuyer ces instruments avec un tampon de coton imbibé d'alcool. Jeter ensuite ce tampon non pas sur les parquets, mais dans un seau fermé. Au bout de peu de temps les instruments seront débarrassés de l'alcool par suite de l'évaporation et pourront servir à nouveau ; 3° A la fin de la journée, plonger les instruments désignés ci-dessus dans de l'eau de savon que l'on maintiendra pendant dix minutes à la température de l'ébullition. Les essuyer ensuite avec un linge propre.

LONGÉVITÉ. — On écrit de Sournia (Pyrénées-Orientales) au *Petit Méridional* que c'est cette localité qui détient le record de la longévité. En effet, sur 600 âmes, il y a un homme de 94 ans, une femme agée de 95 ans, deux hommes de 80 ans sonnés, deux de 83 ans, deux de 84 ans, et deux de 85 ans ; trois femmes âgées de 82 ans révolus, une de 89 ans et celle citée plus haut de 95 ans. L'homme âgé de 94 ans est le seul alité. Dans aucune des onze communes du canton, il n'y a ni médecin, ni pharmacien, ni sage-femme, ni vétérinaire (*L'Indicateur de Cognac*, 7 oct.).

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ. — Une dépêche adressée de Dreux au *Petit Parisien* du 3 avril annonce que le nommé Marie-Gédéon Morizet, âgé de 43 ans, maçon au Tremblay-le-Vicomte, a été trouvé pendu hier soir à une poutre dans son grenier. Depuis deux mois environ, cet homme ne jouissait plus de toutes ses facultés, et c'est probablement dans un accès de folie qu'il s'est suicidé.

LA CHIMIE EN FRANCE AU XVIIe SIÈCLE. — L'Académie des Inscriptions a décidé que le Dr Hamy donnerait lecture, au cours de la prochaine séance trimestrielle, d'une notice sur *les origines de l'enseignement de la chimie en France par l'Ecossais Davisson*, 1647.

NÉCROLOGIE. — Le Dr MARTIN-DURR (Victor), ancien interne des hôpitaux, est décédé dans sa trente-deuxième année, à l'hôpital de la Pitié, dans les circonstances que nous indiquons plus haut. Il avait été chargé, en 1893, par le Ministère de l'Intérieur, d'une mission dans le Finistère où régnait le choléra, mission dont il s'était acquitté avec un grand dévouement.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL ANDRAL. — *Maladies du tube digestif.* — MM. Albert MATHIEU et Mme SOUPAULT feront le vendredi matin, à dix heures, à l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, à partir du 29 avril, des conférences cliniques sur les maladies du tube digestif.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — *Conférences cliniques sur les maladies nerveuses.* — M. le Dr BABINSKI : Le samedi, à 10 h. 1/4 du matin.

Maladies de la Nutrition. — M. le Dr Albert ROBIN, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Paris, lundi 9 h. 1/2. — *Objet du cours* : Retentissement des maladies de l'estomac sur l'appareil urinaire et le système nerveux : 1° albuminurie, phosphaturie, diabète dyspeptique ou glycosuric dyspeptique ; 2° vertige, migraine, neurasthénies dyspeptiques. — Enfin le cours sera terminé par deux leçons dans lesquelles M. Robin traitera : 1° des procédés à l'aide desquels on peut déterminer le mode d'action d'un médicament ; 2° des indications sur lesquelles on doit se baser pour fixer le traitement d'un malade.

HÔPITAL BROCA, 111, rue Broca. — *Leçons cliniques de Gynécologie.* — M. le Dr S. POZZI, vendredi à 10 heures du matin. — Le mercredi, de 9 à 10 heures, démonstrations d'*Histologie pathologique* (Gynécologie), par le Dr LATTEUX, chef du laboratoire de l'hôpital Broca. Lundi et mercredi, à 10 h., opérations.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée, présentation de cas cliniques, etc.).

HÔPITAL TROUSSEAU. — M. KIRMISSON. — Leçons cliniques les mardis et samedis, à 10 heures.

HOPITAL LAENNEC. — M. Paul CLAISSE, le vendredi, à dix heures.

Le Rédacteur-Gérant, BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCC^r, RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Prostitution en France.

LES RÉFORMES DE M. BÉRENGER (*suite et fin*) (1).

ÉPURATION DES MŒURS PAR LA RÉPRESSION DE LA LICENCE DES PUBLICATIONS ET DES THÉATRES.

De la Police des mœurs à la Censure des mœurs. — Seconde partie des réformes de M. Bérenger.

Par le Dr FIAUX.

II. — *Projets de loi de M. Bérenger et du gouvernement. — Critique des lois de 1881 et 1882. — Les desiderata de M. Bérenger. — Une législation de lettre et d'esprit nouveaux. — Le délit de « propos ». — L'outrage aux mœurs constitué sans publicité. — Le secret postal menacé. — Le livre et la juridiction d'assises. — La détention d'objets d'art, livres illustrés, gravures libres par les particuliers. — Un collectionneur mis au pillage. — Déclarations du Garde des sceaux et du Ministre de l'Instruction publique. — Défense du livre, de la chanson et du théâtre. — « L'idéal du Théâtre, chez une nation, n'est pas nécessairement un théâtre conçu en vue d'un auditoire de jeunes filles. » — Vote du projet de loi mixte.*

M. Bérenger n'a pas trouvé les membres du cabinet présidé par M. Méline rebelles à la pensée d'une législation nouvelle plus sévère. Le ministre de l'Intérieur, M. Barthou, a bien déclaré « qu'il ne voulait dans le débat paraitre ni trop vertueux, ni trop rigoriste », mais il s'est, avec le garde des sceaux, associé à l'œuvre de l'honorable sénateur, et de cet accord est résultée la présentation de deux projets assez identiques. Sur quelques points cependant, des divergences notables ont éclaté. Le Ministre de l'Instruction publique surtout les avait accentuées en faisant une nette opposition aux tendances et à l'esprit de M. Bérenger : on peut dire même que M. Rambaud a fait un peu bande à part dans cette discussion.

Les textes des deux lois antérieures visées pour aggravation sont connus. Un des premiers actes du gouvernement républicain constitutionnellement assuré, fut de rédiger une loi libérale sur la presse, la loi du 29 juillet 1881. Les trois articles 23, 28 et 45 y pourvoient à la défense très légitime de la morale publique, en frappant l'outrage aux bonnes mœurs commis sous forme de tels délits et par tels moyens nommément désignés (2).

Un an après, ces articles épars au cours d'une loi générale étaient remplacés par une loi spéciale à mailles plus serrées, consacrée exclusivement à retenir la catégorie des délits caractérisés, la loi du 2 août 1882 (1). Ces deux lois sont, pour M. Bérenger, devenues insuffisantes à trois points de vue :

1° Des délits nouveaux issus d'une dépravation avisée et cupide ont en réalité, depuis longtemps, allongé l'énumération limitative des délits prévus et catalogués. Ces délits, inconnus jusqu'ici, la distribution des prospectus à domicile, la chanson de café-concert et de cabaret artistique, les petites correspondances des journaux, les propos des rues, doivent être désormais poursuivis ; — 2° la condition de publicité indispensable pour la constitution du délit d'outrage aux mœurs, et jusqu'ici mal comprise, en avait permis la multiplication ; aujourd'hui le délit, même secret, doit être recherché ; — 3° enfin le livre soumis au jury d'assises doit être désormais déféré aux juges correctionnels.

Le Ministre de la Justice n'a point fait d'objection à la désignation, dans la loi nouvelle, de délits nouveaux ; il a seulement demandé que les expressions « chansons, scènes ou propos » auxquelles tenait M. Bérenger, fussent remplacées par « discours, chants ou cris ». M. Ranc avait même, dans une interruption jetée au cours du dialogue, traité d' « insensé » le délit par « propos », et le qualificatif est peu sévère si l'on songe qu'une conversation privée, dans la rue, pouvait devenir passible de prison et d'amende.

Les questions relatives au degré de publicité de l'outrage aux mœurs, à la juridiction du livre, à la chanson et au théâtre, ont été l'objet de débats plus contradictoires.

Ce n'est pas en effet seulement une aggravation dans la répression que demande M. Bérenger, mais une orientation nouvelle dans l'esprit même de la loi. Des textes de 1881 et 1882, il ressort clairement, sans autre interprétation rationnelle possible, que la publicité est la condition *sine quâ non* de la formation du délit d'outrage aux mœurs. Le texte de 1881 porte : « Exposition aux

(1) V. *Progrès médical* des 30 novembre, 14 décembre 1895 et 16 avril 1898.

(2) D'après les articles 23 et 28 : « § I. L'outrage aux bonnes mœurs commis par discours, cris ou menaces proférés dans des lieux ou réunions publics, soit par des écrits, des imprimés vendus ou distribués, soit par des placards ou affiches exposés aux regards du public, sera puni d'un emprisonnement d'un mois à deux ans et d'une amende de seize à deux mille francs. — § II. Les mêmes peines seront applicables à la mise en vente, à la distribution ou à l'exposition des dessins, gravures, peintures, emblèmes ou images obscènes. Les exemplaires de ces dessins..., etc. exposés aux regards du public, mis en vente, colportés ou distribués, seront saisis » D'après l'article 45 : « Les crimes et délits prévus par la présente loi sont déférés à la cour d'assises. — Exception est faite par le § II ci-dessus (art. 28) qui défère les délinquants aux tribunaux de police correctionnelle ».

(1) Art I. Est puni d'un emprisonnement de un mois à deux ans, et d'une amende de seize à trois mille francs, quiconque aura commis le délit d'outrage aux bonnes mœurs par la vente, l'offre, l'exposition, l'affichage ou la distribution gratuite, sur la voie publique ou dans les lieux publics, d'écrits, d'imprimés — autre que le livre — d'affiches, dessins, gravures, peintures, emblèmes ou images obscènes. — Art. II. Les complices de ces délits (dans les conditions prévues et déterminées par l'article 60 du code pénal) seront punis de la même peine, et la poursuite aura lieu devant le tribunal correctionnel.

L'article III et dernier de la loi reproduit abréviativement l'article 463 du C. P. qui règle les modifications dans le taux de la peine prononcée, prison et amende, en cas de circonstance atténuantes. L'article 60 du C. P. énumère les complices des crimes et délits et définit les éléments de la complicité.

regards du public, mise en vente, colportage, distribution », et tous ces mots employés dans une loi sur la presse ont un sens invariable, déterminé, et ne peuvent s'entendre d'un délit sans une publicité plus ou moins large. La loi de 1882 porte : « vente, offre, exposition, affichage, distribution gratuite sur la voie publique ou dans les lieux publics ». Nulle lecture juridique ne peut faire sortir de ce dernier texte, par exemple, la culpabilité d'une offre isolée dans un lieu privé, à huis clos, telle que l'institue M. Bérenger, et cela qu'il s'agisse d'un écrit ou d'un dessin M. Bérenger l'affirme cependant. Quoi qu'il en soit d'ailleurs de ces interprétations rétrospectives, le délit visé par la remise à la poste ou à un porteur particulier, et la distribution à domicile sous bande ou enveloppe ne laisse aucun doute sur l'esprit du nouveau projet de M. Bérenger. Sans doute, le gouvernement, dans son propre projet, ne répudiait point absolument l'innovation ; il a vu cependant que le texte du projet Bérenger laissait la porte trop largement ouverte à d'inévitables abus, et il a cru sage de faire de ces claires déclarations qui aident le défenseur dans la protection de l'accusé et le juge dans l'interprétation modérée de la loi. Le Garde des sceaux a notamment déclaré que la recherche dans le domicile privé de toute la catégorie d'objets énumérés comme délictueux, depuis l'écrit jusqu'à la gravure, n'était point autorisée par la future loi, leur *détention* n'étant pas elle-même délictueuse. Il a stipulé d'autres réserves pour le délit de remise à la poste dont la preuve ne peut être faite que par la violation du secret postal. Afin de justifier la poursuite de ce nouveau délit inscrit pour la première fois dans un texte législatif, M. Bérenger s'était à diverses reprises montré particulièrement inquiétant ; il ne s'était agi rien moins dans sa pensée que d'imposer à l'administration des postes des obligations prohibitives ou inquisitoriales absolument contraires à sa fonction (1). L'intervention opportune d'un sénateur, M. Leydet, a provoqué de la part du Garde des sceaux une déclaration complémentaire qui n'est point inutile (11 juin 1897). Les règles judiciaires demeurent intactes ; le respect des correspondances reste un article de... foi administrative et populaire. Le délit nouveau « de remise à la poste et à tout agent de distribution ou de transport » est bien voté, mais il faut entendre que, le fait momentané de la remise constituant seul le délit, c'est dans l'instant même de l'acte de la remise que se pratiquera la saisie.

Le projet du gouvernement avait maintenu en faveur des livres l'exception formelle déjà inscrite dans les lois antérieures ; il refusait de le confondre avec la littérature des prospectus et de l'enlever à la seule juridiction rationnelle, le jury. C'est ce privilège que M. Bérenger a combattu avec une véritable animation, sans autre argument de fait que la lecture de titres les uns bizarres, les autres équivoques, nullement obscènes par eux-mêmes ; il a déclaré la juridiction de la cour d'assises « mauvaise, mal choisie » et mis à réclamer la juridiction correctionnelle une insistance passionnée que nulle objection ne décourageait : « Je ne voudrais cependant pas, répétait-il, en faisant une concession aux observations qui me sont opposées, abandonner ce qu'il peut y avoir d'essentiel dans les dispositions que je propose ». Que n'avait-il montré une semblable fermeté lorsque, dans la question de la police des mœurs, il avait un instant défendu la juridiction de droit commun contre la juridiction arbitraire usurpée par la préfecture de police ! M. Bérenger demandait même que la simple annonce, que l'étalage d'un livre non condamné, mais de titre suspect, fussent considérés comme délits relevant de la juridiction correctionnelle. Le Commissaire du gouvernement, M Couturier, directeur des affaires criminelles et des grâces, n'a pas eu de peine à montrer au Sénat que M. Bérenger amorçait ainsi, par une voie détournée, la condamnation correctionnelle du livre même ; il a également dévoilé la situation juridique « déconcertante » qui résulterait de la condamnation correctionnelle du titre d'un livre, le livre même étant acquitté par la juridiction d'assises ou ne lui étant même pas déféré : le titre d'un livre ne peut être poursuivi que lorsque ce titre est obscène. La conclusion s'imposait non pas seulement comme juridique mais de simple bon sens. Le Ministre de la Justice Darlan a enfin donné le dernier coup, sur cette question du livre, aux exigences immodérées de M. Bérenger : il est piquant d'avoir à approuver, sur un point de détail, il est vrai, dans une discussion où la liberté est en jeu, la déclaration d'un cabinet fort attaqué, au point de vue de la liberté, sur la tendance de sa politique générale. Le Ministre a nié tout d'abord que le livre, dont la publicité n'a rien de comparable à celle de la feuille ou du dessin, présentât un danger sérieux ; il est facile de connaître son apparition et de surveiller sa circulation. Le Ministre a ensuite affirmé l'impossibilité de distinguer dans un texte précis le livre littéraire du livre uniquement licencieux sans ouvrir la voie à « une interprétation abusive de la loi et à la proscription de livres ayant par-dessus tout un caractère littéraire » ; il a cité l'exemple mémorable du chef-d'œuvre de Flaubert, *Madame Bovary*, poursuivi en 1857 pour outrage aux mœurs. Abordant le chapitre plus délicat du livre illustré, le ministre s'est élevé non moins nettement contre les dangers auxquels seraient exposés, avec le projet intégral de M. Bérenger, nombre d'intéressantes productions imprimées et gravées, et notamment « les belles et si artistiques publications du siècle dernier qui ne peuvent être qu'entre les mains d'une élite... Seraient-elles proscrites, elles aussi, demande le ministre, à raison de la liberté de leur texte et du décolleté de leurs gravures ? Le public qui les achète n'y cherche cependant que des satisfactions d'ordre élevé, artistique, raffiné toujours et jamais immoral (1) ». Le ministre posait

(1) *Séance du 8 avril 1897.* — M. BÉRENGER. La poste, agent de l'Etat, se *croit* le devoir de transmettre fidèlement au domicile les prospectus les plus suspects. (*Interruptions. Bruits.*)

UN SÉNATEUR. Elle le doit.

M. BÉRENGER. Elle le doit, soit. Nous nous demanderons tout à l'heure, si, à côté de ce devoir, il ne peut pas lui être imposé quelques obligations susceptibles de prohiber ce misérable commerce.

(1) La déclaration n'est pas superflue, si l'on évoque le curieux procès récemment perdu par M. Alfred Bégis, membre de la *Société des amis des livres*, où siègent nombre d'académiciens, de magistrats, d'écrivains et amateurs érudits. Depuis de longues années, M. Begis, avocat, syndic de faillites, chez qui le culte des lettres et des arts s'alliait aux travaux personnels, s'était consacré à l'étude de notre histoire de politique et de mœurs, du règne de Louis XVI à la fin de la Restauration. Amateur, érudit, écrivain d'esprit scientifique, il ne reculait devant aucun sacrifice pour la reconstitution exacte d'une époque, qu'il s'agit d'une pièce imprimée relatant quelques traits intéressant le caractère un peu surfait d'un héros ou d'une pièce artistique éclairant les passions et même les vices d'un régime ; il tenait avec raison que la haute morale de l'histoire et de l'art ne connaît pas, sinon pour ses publications, du moins pour ses archives, les préjugés, grâce auxquels on pourrait détruire la plus curieuse partie de toute une documentation. C'est la méthode même de tous les musées et

la barrière devant M. Bérenger ; le Sénat a donné raison au ministre. Le livre reste justiciable du jury. M. Bérenger toutefois a pris une sorte de revanche en faisant reculer à une année la prescription qui jusqu'ici libérait le livre après trois mois.

Contredit par le Garde des sceaux, M. Bérenger a été ouvertement critiqué et même ironiquement traité par le Ministre de l'Instruction publique : des formules un peu hautaines et inusitées comme celles-ci ont même été fréquentes au cours du discours ministériel : « Mais vous exagérez, monsieur Bérenger ! » a dit M. Rambaud .. « Eh ! quel Paris nous peignez-vous donc, monsieur Bérenger?... J'ai, depuis longtemps, donné des instructions aussi sévères que vous pouvez *raisonnablement* le désirer, monsieur Bérenger... Mais, monsieur Bérenger, je viens de vous expliquer... ». Il s'agissait maintenant de la chanson et du théâtre. Comme un académicien, M. de Vogüé, avait déjà osé le faire en pleine Académie, le Ministre a placé spirituellement le berceau de la chanson contemporaine chez deux célébrités montmartroises, Salis et Bruant, et rejetant le banal « reproche d'obscénité », il a déclaré, au contraire, que les œuvres produites dans ces cabarets « étaient, sans contestation, d'intéressants essais de littérature et d'art originaux et piquants ». Il est vrai que le niveau d'art ne s'est pas maintenu dans tous les cabarets artistiques, mais le Ministre, depuis longtemps, n'avait pas hésité à fermer ceux où la mesure avait été dépassée. Aujourd'hui, d'ailleurs, comme le demande M. Bérenger, le visa sera imposé à toute chanson et ce sera un véritable tour de force administratif que de « donner ainsi satisfaction à M. Bérenger », car la chanson est toute d'actualité quotidienne ; sitôt rimée, elle doit être chantée et les censeurs sont si peu nombreux, quatre en tout !

Quant au théâtre contemporain, si malmené par M. Bérenger, le Ministre trouve, au contraire, qu'on y rencontre « des œuvres très délicates et très distinguées, d'un art très élevé, très humain, très philosophique et où il n'y a vraiment pas ombre d'obscénité, c'est-à-dire, suivant la définition même de M. Bérenger, la grossièreté venant s'ajouter à l'immoralité ». — « Telle œuvre, continue M. Rambaud, à laquelle M. Bérenger a fait allusion, ne peut encourir d'autre reproche que d'être la peinture, non des mœurs de la société française en général, mais de mœurs observées dans des coins exceptionnels de cette société ». Un auteur ne doit pourtant pas être traité d'immoral parce que, délaissant la peinture des situations familiales et affectives ordinaires, il aborde l'analyse de faits et de passions d'exception. Le Ministre n'a pu s'empêcher de sourire — sans dissimuler son sourire — à certain morceau du réquisitoire de M. Bérenger et il lui a demandé où il avait jamais vu et dans quel public de spectateurs ces types invraisemblables de pères de famille qu'il montrait entrant à l'aventure avec fils et filles dans les théâtres les plus connus pour leur genre marqué... « Les Pontoises d'où arrivent de tels pères n'existent même pas en province ! » a dit avec esprit M. Rambaud... et plus loin : « Evidemment, M. Bérenger, l'idéal du théâtre chez une nation ne doit pas être nécessairement un théâtre conçu en vue d'un auditoire de jeunes filles ». Qu'il soit convenable, en effet, qu'une pièce de théâtre puisse être entendue par des hommes et des femmes, mêlés, assis à côté les uns des autres, toute la bonne compagnie y applaudira ; mais qu'il faille niaiser la pièce au niveau de l'intelligence et des mœurs des enfants, voici qui est d'une autre thèse ! Pour prendre les morts modernes, que resterait-il du théâtre de Molière, de Beaumarchais, d'Augier, de Dumas fils, avec un censeur comme M. Bérenger? Ce qui, dans la comédie de caractères et de mœurs, ferait rougir ou divertirait à faux de petits adolescents ou des demoiselles, est précisément ce qui fait penser leurs mères et avec elles tous les spectateurs conscients des choses de la vie.

Cette maîtresse leçon donnée, le Ministre se demande, lui aussi, quels sont les vrais remèdes à de tels maux démesurément enflés ou en partie constatés ; il n'en voit qu'un : « la liberté ». Dans Paris, en effet, M. Bérenger s'obstine à ne trouver que des tableaux fâcheux ; l'immoralité l'hypnotise ! Qu'il considère aussi le Paris de l'art, de l'enseignement, du travail ! Le Paris des écoles, des amphithéâtres remplis d'étudiants, des conférences, des sociétés savantes, des représentations classiques, des grandes auditions musicales, le Paris des écoles d'enfants et des ateliers ! Ce sain et magnifique labeur mérite bien un peu d'attention. Enfin, M. Bérenger, lui-même, n'a-t-il pas prouvé l'action de la liberté sur les mœurs quand il a été l'initiateur des *Sociétés contre la licence*?

L'aggravation générale de la législation par le projet Bérenger n'en a pas moins été votée par le Sénat, se résumant, en dernier mot, dans l'ascension des peines correctionnelles d'amende et d'emprisonnement, portées à un fort maximum, l'une à 5,000 francs, l'autre à deux ans (1). (*A suivre*.)

bibliothèques publics de l'Europe. En juillet 1866, à la suite de l'indiscrétion d'un libraire, une perquisition est faite chez M. Bégis Au milieu d'une bibliothèque considérable, ne contenant pas moins de 10.000 numéros, volumes, brochures et gravures, dont l'immense majorité étaient politiques, quelques-uns de sujets plus ou moins libres, la police et l'instruction font un choix, et emportent au parquet plusieurs centaines de pièces, la plupart du XVIIIe siècle, en éditions originales, tirées à quelques exemplaires, ornées de riches reliures et de dessins précieux, représentant une valeur des plus élevées. M. Bégis proteste. L'instruction lui répond en le mettant en demeure de quitter ses fonctions de syndic ou de consentir à la destruction par la police de toutes les pièces saisies. Au milieu de ce debat, le directeur de la Bibliothèque impériale, bibliophile lui-même et amateur du meilleur goût, a vent de l'affaire, et juge avec une spirituelle décision que du même coup il peut conjurer un acte de vandalisme et faire acte de bon administrateur : il porte l'affaire jusqu'aux... Tuileries et une bouche souveraine prononce en dernier ressort : « La Bibliothèque fera parmi les livres et les gravures saisis un large choix ; le reste sera rendu à son propriétaire, qui sera inscrit comme généreux donateur parmi les bienfaiteurs de la Bibliothèque ! » Une ordonnance de non-lieu est rendue le 10 décembre 1867 contre M. Bégis, prévenu d'introduction en France de livres suspects, etc., etc. L'Empire tombe. M. Bégis, resté syndic, démissionne en 1882, et dès lors ne se croyant régulièrement plus empêché, recommence ses réclamations amiables. Les négociations durent trois ans. Sur le refus définitif du Ministre de l'Instruction publique de rien restituer, M. Bégis lance une assignation le 20 février 1885. Le 13 décembre 1892 l'affaire vient devant le Tribunal civil qui ordonne la restitution. Appel du ministère public. Infirmation du jugement de première instance par la Cour d'Appel le 22 mars 1894. Pourvoi de M. Bégis en cassation le 23 juin 1894. Arrêt définitif du 24 février 1896, qui repousse la requête et condamne le demandeur à l'amende. La Bibliothèque reste nantie de la dépouille de M. Bégis, donateur malgré lui.

(1) Voici le projet de loi de M. Bérenger tel qu'il a été voté le 18 janvier 1897, par le Sénat : « Art. I. L'article 1er de la loi du 2 août 1882 est modifié ainsi qu'il suit : Sera puni d'un emprisonnement de un mois à deux ans et d'une amende de 100 à 5.000 fr. quiconque aura commis le délit d'outrage aux bonnes mœurs : par la vente ou la mise en vente d'écrits ou imprimés — autres que le livre — de prospectus, dessins, gravures, peintures, emblèmes, images ou objets obscènes ou de nature à provoquer à la débauche ; par leur distribution, même gratuite, par leur remise à

*

CLINIQUE MÉDICALE

Etude clinique sur le typhisme, sur la fièvre continue paludéenne et sur la fièvre typho-malarienne (*suite*) (1);

Par les Drs **Jean KARDAMATIS** et **Spiridion CANELLIS** (d'Athènes).

V. Pathologie anatomique comparative de la fièvre typhoïde, des maladies paludéennes et des maladies infectieuses aigues. — Dans la rougeole on retrouve une hyperhémie plus ou moins grande de la muqueuse intestinale et un développement exorbitant des glandes mésentériques. Quelquefois il y a des ulcérations du gros intestin, et une tuméfaction des ganglions du mésentère.

Dans la scarlatine, les glandes mésentériques et les follicules solitaires sont tuméfiés et hypertrophiés par la formation d'éléments cellulaires et des granulations graisseuses. Hutinel a remarqué une grande tuméfaction du foie. D'autres ont rapporté des hépatites interstitielles, la dégénérescence vitreuse de quelques vaisseaux, l'aspect granuleux des cellules hépatiques et l'épaississement de la gaine de Glisson.

Dans la variole, la muqueuse intestinale présente des altérations, quelques-unes des plaques de Peyer sont gonflées et hypertrophiées.

Dans le charbon il y a intumescence des ganglions mésentériques. Dans les fièvres pernicieuses, et particulièrement dans la fièvre pernicieuse cholérique ou algide, les follicules solitaires sont tuméfiés, la muqueuse du gros intestin est couverte par des ecchymoses et des ulcérations plus ou moins profondes. Aphentoulis mettait les ulcérations un, ou deux, ou trois doigts au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Dans la fièvre comateuse il y a ramollissement de la muqueuse intestinale. Le foie, dans toutes les formes de la fièvre paludéenne, tant dans les intermittentes que dans les chroniques, dans la cachexie paludéenne, et dans les fièvres pernicieuses, a toujours présenté une intumescence, et particulièrement dans la fièvre hémoglobinurique, où le foie devient friable. Dans cette dernière forme de la fièvre pernicieuse on a aussi remarqué une dégénérescence graisseuse; d'après le Pr Karamitsas (d'Athènes), la tuméfaction hépatique s'en va avec la maladie.

Dans plusieurs fièvres paludéennes, comme aussi dans les fièvres hémoglobinuriques, le foie présente des infarctus hémorragiques, se ramollit et se rompt facilement à la pression du doigt. Lorsque le processus inflammatoire de l'impaludisme est devenu chronique, le foie se ride, diminue de volume et subit une dégénérescence graisseuse, etc.

Kelsch et Kiener, qui ont décrit la fièvre comateuse, avaient trouvé l'hyperhémie phlegmoneuse accompagnée d'une infiltration des cellules hépatiques, de développement du parenchyme glanduleux et d'accumulation des éléments lymphoïdes dans le gaine de Glisson. Les plexus capillaires congestionnés et rétrécis par des globules blancs, par des éléments nucléés, et par des cellules provenant du développement actif de l'endothélium capillaire.

Dans la méningite cérébro-spinale, Pretenteris Typaldos et M. Savas ont retrouvé les glandes de Peyer tuméfiées, ainsi que les follicules solitaires, les glandes mésentériques présentaient çà et là de rares intumescences. Quant au foie, il a été trouvé par ce dernier pâle et très friable à la presssion du doigt. Pretenteris Typaldos rapporte trois cas de dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques.

Dans la fièvre typhoïde, les altérations anatomiques les plus constantes, comme d'ailleurs l'a également prouvé Louis, sont les altérations des plaques de Peyer; tantôt ce sont douze grandes ulcérations étendues sur ces plaques; tantôt il n'y en a que deux ou trois indépendamment des autres petites ulcérations qui se font voir sur les follicules solitaires. Les altérations des glandes mésentériques ont plutôt leur siège sur la valvule iléo-cæcale et forment dans la fosse iliaque droite de tumeurs apparentes. Très souvent le foie subit une dégénérescence granulo-graisseuse, tandis que la gaine de Glisson est le plus souvent parsemée de petites ecchymoses. La dégénérescence granulo-graisseuse siège tantôt dans les espaces interlobulaires, tantôt au niveau des veines hépatiques, ou bien encore dans tous les deux.

VI. Conclusions. — Par cette comparaison anatomo-pathologique de toutes les maladies qui présentent l'état typhoïde, nous entrevoyons sous un point de vue général des points communs, tant dans le tube intestinal qu'au niveau du foie en particulier, abstraction faite de la rate. Presque partout les ecchymoses et les ulcérations profondes ou légères du tube intestinal et les gonflements et intumescences des glandes de Peyer autant que des follicules solitaires; surtout, les observations nécroscopiques faites par M. Savas sur la méningite cérébro-spinale rendent frappante l'identité des altérations avec celles de la fièvre typhoïde.

Sont-ce le virus typhique et celui de la méningite cérébro-spinale qui y ont agi, ou bien sont-ce des signes engendrés par un processus infectieux supplémentaire, indépendant de la cause primitive et dont l'étiologie tient à une fermentation septique ayant lieu dans le sang?

Cette condition indispensable des processus ulcératifs qu'on recherchait autrefois dans toute fièvre typhoïde, ne paraît pas avoir une signification étroite; on ne doit pas exclure de toute autopsie leur absence, laquelle ne dépend pas de la cause morbifique, c'est-à-dire du microbe d'Eberth, parce que plus d'une fois dans l'autopsie les ulcérations des plaques de Peyer manquaient, tandis que le microscope décelait l'existence des microbes typhiques dans l'organisme.

Reher et Neuhauss, quoiqu'ils aient trouvé dans les organes de fœtus des typhiques des microbes analogues à ceux d'Eberth, cependant ont remarqué l'état physiologique du foie et l'absence du gonflement des plaques de Peyer. Ce n'est pas seulement le bacille d'Eberth qui engendre l'état typhoïde; A. Rodet et G. Roux n'ont retrouvé chez quelques typhiques que le coli communis, qui pullule dans nos intestins; Vaillard a prétendu d'une façon très convaincante qu'une septicémie ty-

la poste ou à tout agent de distribution ou de transport; par leur exposition ou affichage sur la voie publique ou dans un lieu public; par des discours, chants ou cris de même nature proférés publiquement; par des annonces ou correspondances publiques d'un caractère licencieux ou de nature à provoquer a la débauche. Les écrits, dessins, affiches, etc., incriminés et les objets ayant servi a commettre le delit seront saisis ou arrachés. La destruction en sera ordonnée par le jugement de condamnation. Les peines pourront être portees au double si le délit a ete commis envers des mineurs. Art. II. La prescription en matière d'outrage aux bonnes mœurs commis par la voie du livre est d'un an a partir de la publication ou de l'introduction sur le territoire français. La vente, la mise en vente ou l'annonce de livres condamnés ser a puni des peines portées a l'article 1er de la présente loi ».

(1) *Progrès medical*, n° 13.

phique peut se développer chez l'homme sans altérations intestinales. Gilbert et Girode, d'autre part, ont remarqué les processus ulcératifs des plaques de Peyer avec des altérations du côté du foie et de la rate par l'action d'un bacille pseudo-typhique. Il existe plusieurs germes bactériens qui, en provoquant des entérites violentes, peuvent présenter des altérations anatomo pathologiques du tube intestinal, analogues à celles produites par le bacille typhique. Il ne faut pas non plus perdre de vue l'action du bacillus pyocyaneus qui provoque des écoulements de sang, des ulcérations gastriques, et a une action sur les plaques de Peyer.

Vincent, dans une communication faite dans la Société médicale des Hôpitaux le 31 mars 1891, a admis le processus infectieux mixte du streptocoque et du bacille d'Eberth, qu'il a aussi appelé processus streptococcotyphique, dans lequel il n'y a aucune lésion ou altération anatomique dans le tube intestinal.

Toutes les circonstances qui précèdent corroborent encore davantage notre opinion, en ce qui regarde la grande analogie que présentent les processus anatomo-pathologiques dans la fièvre typhoïde autant que dans toutes les diverses maladies aiguës que nous venons d'énumérer et dans les maladies contagieuses et infectieuses dans lesquelles domine l'élément typhique. Dans toutes ces maladies, l'analogie des processus transformatifs s'opérant dans les viscères et le tube gastro-intestinal, ainsi que le typhisme analogue à celui de la fièvre typhoïde idiopathique, sont dus à la fermentation septique du sang qu'on y remarque.

L'altération primitive dans toutes les maladies infectieuses s'étend d'une simple hyperplasie des follicules solitaires jusqu'au processus transformatif ou gangréneux qui en résulte. L'état dégénéré du foie présente de grandes analogies, surtout en cas de fièvre paludéennes pernicieuses et de fièvre typhoïde.

Notre ami et confrère M. Rizopoulos, de Lamie, admet que toute fièvre paludéenne d'une certaine violence, accompagnée par une altération profonde de sécrétion et par des symptômes gastro-intestinaux violents, tels qu'on remarque ordinairement dans les fièvres paludéennes rémittentes ou continues, peut en se prolongeant, dégénérer par auto-infection — en typhoïde —, et que dans de pareils cas la transmutation ou le convertissement de la maladie a lieu consécutivement au processus d'un élément septique ou miasmatique (virus) dans l'organisme même, débilité et prédisposé par le misme palustre.

Tout en écrivant tout cela nous ne voulons point soutenir la théorie de transformation, ni non plus celle de l'antagonisme entre la fièvre typhoïde et la fièvre paludéenne; nous cherchons simplement à faire entendre que dans certains cas, où l'action de virus typhique n'est point compliquée avec celle des plasmodes, peuvent apparaître des phénomènes typhoïdes, dénonçant une prétendue co-existence du virus typhique, tandis qu'ils ne découlent que de la transformation des humeurs provoquée par la cacochymie du sang à la suite du paludisme ou de telle ou telle cause. Nous entendons encore moins prêter un soutien à l'opinion que la dothiénentérie essentielle, engendrée par le microbe d'Eberth, peut se produire chez des individus qui souffrent d'une fièvre paludéenne par auto-infection et selon laquelle le virus typhique est préparé dans l'organisme sans pénétrer du dehors. Cela n'est plus à soutenir, depuis qu'il est prouvé que les causes provocatrices de chacune de ces deux maladies, de l'infection paludéenne autant que de celle de la fièvre typhoïde, appartiennent à des causes spécifiques, à des microbes spécifiques, complètement distincts entre eux et ne pouvant, d'après tout ce qui est connu jusqu'aujourd'hui, se transformer de façon que l'un se change en l'autre Sans admettre ces opinions et sans être d'accord avec les autres en ce qui concerne le mode et la nature de l'auto-infection, nous soutenons la prépondérance du typhisme dans les maladies paludéennes, comme elle s'entend dans les autres maladies contagieuses, telle que la rougeole, la variole, etc.

Nos opinions précédentes sont d'ailleurs basées sur des données exactes et certaines, que nous nous sommes, du moins, fournies dans la pratique et suivant lesquelles nous sommes à même d'assurer qu'il n'y a pas d'antagonisme entre ces deux maladies, quoique nous nous éloignions beaucoup de l'opinion de Bouddin. De même nous avons une certaine hésitation, en ce qui concerne l'opinion de la combinaison de ces deux agents morbifiques, suivant laquelle l'un des agents demeure localisé dans l'organisme sous un état latent, tandis que l'autre agit au premier rang et donne lieu à des manifestations extérieures apparentes sans influencer pour cela les sécrétions et les productions morbides du premier. Comme par exemple le bacille de Nicolaïef, lequel quoique retrouvé par les Sanchez, Toledo et Weillon dans l'intestin du cheval et de la vache, n'a jamais donné lieu à des symptômes tétaniques. Nous ne pouvons non plus admettre l'opinion jadis soutenue que la fièvre paludéenne de forme rémittente accompagnée par des troubles gastriques et intestinaux peut dégénérer à une fièvre typhoïde. Cette métaptose nous rappelle les transformations des maladies, dont nous avons parlé plus haut, et que les anciens médecins faisaient découler de la différence qualitative du miasme paludéen. Des auteurs éminents rattachant une grande importance à la quantité ainsi qu'à la qualité du miasme pour la production de la fièvre, admettaient que les miasmes maremmatiques subissaient une modification qualificative à la suite de diverses circonstances géologiques, géographiques etc. Aussi ont-ils émis des hypothèses et des théories, d'après lesquelles ce même miasme marécageux modifié par des conditions locales aurait pu engendrer tantôt la fièvre ictérique, tantôt le choléra, tantôt la peste, etc., en rattachant ainsi au miasme paludéen la propriété extraordinairement élastique de produire par modification presque toutes les maladies contagieuses.

Quant à nous, ayant pour guide notre expérience médicale et partant des statistiques dressées d'après les donnés des épidémies de la fièvre typhoïde, qui ont éclaté en diverses époques, nous arrivons à la conclusion qu'il n'y a aucun antagonisme entre les fièvres paludéennes, en général, et la fièvre typhoïde. Qu'est-ce qu'il arrive, dans les cas où, par hasard, se trouvent réunis dans l'organisme le plasmode de Laveran et le bacille typhique, c'est-à-dire si l'un a une action diminuant l'intensité de l'autre et *vice versa*, nous n'en pouvons rien avancer. D'ailleurs, nous ne rattachons pas une grande importance au fait si, durant les épidémies ou dans le grand nombre des cas isolés de la fièvre typhoïde, remarqués en diverses époques, préexistent, coexistent ou suivent des épidémies ou beaucoup de cas isolés des fièvres paludéennes. Ce qui veut dire que nous ne croyons pas à une action d'extériorisation, à une évolution mutuelle des deux microbes, palustre et typhique, de sorte que nous provoquons l'attention et

l'étude de nos confrères sur la complication éventuelle de ces deux maladies, laquelle peut quelquefois se présenter *in vivo*, et à la description détaillée qui différencie alors l'élotyphose ou fièvre typho-malarienne, c'est-à-dire non la fièvre paludéenne continue avec état typhoïde, lequel peut se présenter dans une maladie contagieuse quelconque, telle que la rougeole, la variole, la diphtérie, la scarlatine, l'érysipèle, etc.; mais la complication d'une fièvre paludéenne continue avec la véritable fièvre typhoïde d'Eberth, maladie qui, d'après les données de la science, n'est engendrée que par le bacille d'Eberth exclusivement. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France.

Trente-neuvième assemblée générale.

Séance du dimanche 17 avril.

Un grand nombre de médecins assistaient dimanche dernier 17 avril, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, à la trente-neuvième assemblée générale de l'Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des médecins de France. Comme chaque année, les délégués provinciaux étaient nombreux. M. le Pr Lannelongue ouvre la séance à 2 heures précises et prononce son discours d'ouverture. Il rappelle les noms des membres de la Société décédés dans l'année, et énumère les générosités, dons et legs de provenances diverses qui ont été faits.

M. Lannelongue termine son discours en s'exprimant ainsi :

Je vous disais ceci à pareille époque en 1895 : « Protégée par des statuts encourageants, l'Association suit à pas lents et mesurés son orientation primitive; mais la route où elle est engagée n'est pas toujours facile ni unie, on y rencontre des accidents de terrain, on y découvre des soulèvements imprévus et c'est en face d'un tournant légèrement montueux que nous sommes aujourd'hui. Nous devons y rester tant que la nouvelle loi sur les sociétés de secours mutuels ne sera pas votée ».

Or cette loi commencée il y a vingt ans a été promulguée depuis quelques jours seulement. Je n'ai pas à l'apprécier ici en tant que loi proprement dite sur les sociétés de secours mutuels, mais il m'appartient de la bien comprendre, d'en saisir l'esprit et le principe pour savoir en quoi elle doit aider ou contrarier une association de bienfaisance comme la notre; ce qui résultera pour nous de la comparaison de nos statuts et de ceux d'un texte de loi qui vise un but et des fins se rapprochant des nôtres, mais qui les atteint par d'autres voies et par une autre méthode. Il est en un mot indispensable de connaître d'une manière sure la place qui nous sera faite dorénavant. Sera-t-elle la même que par le passé? Sera-t-elle différente et laquelle? Comment nous traitera-t-on et quelles seront les conditions de notre existence désormais?

Lorsqu'après une connaissance certaine de nos droits, de tous nos droits, nous serons rompus avec les difficultés de notre situation, si tant est qu'il en existe : et il est à peu près certain qu'on ne nous accordera plus les mêmes faveurs; ce ne sera pas tout, tant s'en faut. Nous aurons à nous retourner sur nous-mêmes et à penser à l'avenir de notre œuvre.

Oui, sans aucun doute, votre association, si utile et si bienfaisante, est en pleine prospérité, je n'ai aucun mérite à venir vous le répéter une fois de plus en louant de généreux donateurs, une foule de bonnes volontés et une excellente gestion financière. Mais j'entends, d'autre part, les échos lointains de voix multiples et éparses, portés jusqu'à nous par un air dépourvu de tiédeur, qui réclament des garanties et veulent atteindre par un effort persévérant mais pas assez grand, en vérité, un droit à l'assistance, à l'indemnité pour les jours d'infortune passagère, à une retraite enfin.

Certes, je ne connais pas de meilleurs sentiments que ceux-là. Ils émanent de volontés imprégnées d'un excellent esprit de prévoyance et ils ne tendent à rien moins qu'à indiquer la solution d'un des problèmes sociaux les plus graves de notre époque, d'une actualité telle que chacun doit désormais oser l'envisager en face.

Cet appel qui ouvre de nouveaux horizons en cherchant à instituer la solidarité humaine non plus sur un groupe confus de mots ou de formules, mais sur les bases de l'équité, ne saurait être une plainte contre nous, ou du moins, je ne puis le considérer comme tel, il répond plutôt à des aspirations vers un idéal qu'on peut espérer, comme on attend dans les mauvais jours, l'heure des meilleures destinées.

Tel est l'état d'ame de notre Association. Il est donc indispensable et urgent d'établir sa situation, de vous la faire connaître en la fixant dans vos esprits aussi nettement que le réactif chimique fixe les éléments d'un tissu. Savoir ce que nous devons être, si nous ne devons pas rester ce que nous sommes, telle est, à l'heure présente, l'unique question en jeu. Mais la poser n'est pas la résoudre. Le problème étant difficile et complexe la solution ne saurait être hâtive; elle réclame un examen lent, patient, approfondi. Il m'apparaît donc que l'heure a sonné d'adresser un appel pressant aux jurisconsultes éminents qui, moins que jamais, ne nous refuseront leur concours, j'en ai l'assurance; aux mutualités autorisées si compétentes dans ces matières; enfin à l'Association elle-même qui devra savoir ce qu'elle veut devenir. Ce sera cette enquête qui vous sera soumise et bien qu'un délai de deux ans nous soit accordé, nous croyons qu'il faut dès maintenant se mettre à l'œuvre et préparer l'avenir de notre Association soit sur des bases nouvelles, soit sur ses anciennes assises plus ou moins modifiées. Votre grand Conseil, que j'ai l'honneur de présider, s'est déjà mis à l'œuvre et travaille.

M. Blache, trésorier, donne lecture de la situation financière de l'exercice 1897-98, dont le bénéfice a dépassé 113.000 francs.

La Caisse des pensions a vu son capital s'accroître considérablement en raison des dons et legs, notamment de Mme Marjolin, Mme veuve Narcisse Gallois, MM. Hugon, Leroy-Dupré, Olivier, Cornil, Blache, Leroux, Cordes, et de la subvention accordée par le Ministre de l'Intérieur. L'avoir de cette caisse est au 16 mars 1898 de 1.902 038 francs, soit une augmentation de 88.251 francs sur l'exercice précédent.

La Caisse des veuves et orphelins, fondée il y a seulement deux ans, a vu ses recettes s'élever cette année à 27.728 fr. 90, ce qui porte son capital à 71.070 fr. Citons parmi les donateurs : Mme veuve Gallois, Mme Marjolin, les Drs Leroux, Hugot, Olivier (de Lille), le Pr Cornil. les élèves de M. E. Besnier, les membres du jury de l'externat.

L'actif de la Caisse des fonds généraux est de 63.630 fr.

En résumé, les trois caisses possédaient au 16 mars 1898 un capital de 2.030.745 fr. non compris les rentes constituées au profit de la caisse des pensions viagères, les nues-propriétés et l'avoir des sociétés locales. Ce capital était de 1.923.532 fr. 79 au 11 mars 1897. Le bénéfice net de l'exercice 1897-98 est donc de 113.212 fr. 50.

Après la lecture de ce compte rendu, M. Motet lit un rapport approuvant la gestion financière du trésorier. Le compte rendu général sur la situation de l'Association rédigé par le Dr Lereboullet, éloigné actuellement par la maladie, est lu ensuite par le Dr Richelot.

M. Reynier communique son rapport sur les pensions viagères et termine ainsi :

« En 1874, lorsque nous avons décidé de donner la première pension, la caisse des pensions viagères possédait 326 513 francs, amassés grâce à la prudence, au zèle, à la gestion si remarquable de notre regretté trésorier, M. le Dr Brun. Aujourd'hui elle possède 1.902.038 fr. 85, et le digne successeur de M. Brun, M. le Dr Blache, vient de me faire savoir que nous arriverons bientôt à 2.000.000...

« Nous avons tenu, depuis 1874, à honneur de répondre à toutes les demandes. Jusqu'à ce jour, nous avons accordé 295 pensions, joignez-y les 18 à la demande desquels nous vous proposons de donner satisfaction, et nous aurons la joie de proclamer bien haut, que nous avons sauvé de la misère 313 confrères. Sur ces 295 pensionnés, 75 vivent encore, qui jouissent de leur pension. Ces 75 pensions immobilisent un capital de 1.374.341 fr. Il ne nous reste de disponible en caisse, si nous déduisons du chiffre de notre avoir le chiffre ci-dessus, que 530.697 fr. 85.

C'est avec cet argent que nous devrions constituer les 18 pensions. Or chaque pension étant à l'heure actuelle de 800 fr., nécessite, au taux actuel de l'intérêt, 22 857 fr. chaque. Il nous restera en caisse 516.297 francs, avec lesquels nous pourrons envisager l'avenir sans effroi. Ce que nous vous proposons, la loi nouvelle sur les Sociétés nous le permet.

Nos confrères n'y perdront rien, et nous aurons la satisfaction, en écoutant notre cœur, d'avoir écouté également la raison, et de n'avoir pas compromis notre œuvre. En agissant ainsi nous allons au plus pressé.

Mais, Messieurs, ces difficultés que je viens de vous exposer, vous montrent la nécessité de faire une propagande plus active, d'accroître le nombre de nos adhérents, non seulement à Paris, mais encore en province, où le chiffre de demandes de pension est souvent bien peu en rapport avec celui des sociétaires ».

Il est ensuite procédé au renouvellement partiel du bureau. La Société a acclamé comme vice-président le Dr Tourdes (de Strasbourg) en remplacement de M. Leroux, décédé. MM. Amodru, Bucquoy, Charbonnier, Laguesse, Motet et Villard, membres sortants, et M. Olivier (de Lille) ont été nommés membres du Conseil général. La séance a été levée à cinq heures. Albin Rousselet.

Cours de Pathologie générale.
M. le Pr Bouchard.

Mardi soir, 19 avril, à 5 heures du soir, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine, M. le Pr Bouchard a inauguré son cours de pathologie générale.

Dans cette première leçon, le professeur a étudié la formation du sucre dans l'économie. Le sucre physiologique provient de la transformation du glycogène du foie. Ce n'est qu'anormalement que le sucre absorbé par la voie intestinale se trouve dans le sang. Le glycogène est formé par la transformation des hydrocarbonés d'une part, par la modification des albumines de l'autre. Les graisses peuvent en se dédoublant donner une faible quantité de sucre, mais cette transformation est hypothétique, et, en tous cas, la quantité de sucre ainsi formée est négligeable. Le sucre physiologique est brûlé dans l'économie, dans les muscles, dans les glandes où il donne lieu à un développement d'énergie. Si la quantité de sucre s'accroît, il se transforme en graisse qui forme une réserve.

M. Bouchard a poussé très loin l'étude de la formation et de la destruction du sucre dans notre organisme. En soumettant des individus à une alimentation fixée d'avance, et en calculant la quantité de sucre donné par les hydrocarbonés de l'alimentation, il est arrivé à connaître exactement la quantité d'une partie du sucre formé dans le corps humain. Il a pu parvenir à déterminer la quantité de glycose provenant des modifications des albumines par le dosage de l'azote total des urines. Il a donc pu ainsi savoir aussi exactement que possible la quantité de sucre produit et consommé. Voici le résultat de ses recherches :

Age du sujet.	Son poids	Quantité de sucre par kilogr de poids.	Quantité par kilogr d'albumine fixe.
17 ans	50 k. 7	7 gr. 2	51 gr. 4
25 ans	65 k.	5 gr. 7	38 gr. 8
40 ans	51 k. 8	5 gr. 5	37 gr. 6
50 ans	85 k. 3	2 gr. 5	18 gr. 2
70 ans	55 k. 5	3 gr. 3	22 gr. 9

L'on remarquera dans ce tableau que la dose de sucre produit va en décroissant avec l'âge, si l'on ne tient pas compte de la dernière personne en experience, agée de 70 ans, dont l'état de santé n'était pas parfait. Il est à noter en outre qu'aucune relation ne peut être établie entre le poids du sujet et la quantité du sucre formé.

M. Bouchard expose ces recherches expérimentales avec une grande précision, et le compte rendu de ses travaux personnels donne au cours de pathologie générale un intérêt scientifique tout particulier et une réelle originalité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 avril 1898.

La résection du sympathique cervical.

M. Combemale (de Lille) rapporte un cas de goitre exophtalmique type, où la résection bilatérale du sympathique faite par M. Gandier fit disparaître l'exophtalmie et la tachycardie.

M. Jonesco étudie surtout les résultats éloignés de cette intervention. Sur 35 épileptiques opérés, 15 ont été suivis depuis neuf mois au moins. La guérison s'est chez eux bien maintenue. Pour cinq d'entre eux, elle date de dix-huit mois. Deux basedowiennes opérées depuis vingt mois restent également guéries. La résection totale donne seule ces succès complets. Dans le glaucome, la résection du ganglion cervical supérieur m'a donné des résultats excellents tant au point de vue du tonus oculaire qu'à celui de la vue dans les sept cas de glaucome chronique simple que j'ai opérés. Notamment trois malades déjà iridectomisés sans résultats, et dont la vue était presque totalement disparue, ont repris un excellent état après l'opération ; le tonus oculaire tombe, la vue revient excellente.

Cause d'erreur dans le diagnostic des pleurésies.

M. Lemaistre montre que dans des épanchements gauches même très abondants, la sonorité de l'espace de Traube peut persister en cas de tympanisme du côlon et de l'estomac.

Iodure d'arsenic dans la scrofule.

Ce médicament convient dans les formes initiales où la tuberculose n'est pas encore avérée. Il s'ajoute très utilement au traitement externe des lésions locales. Dans ces cas, M. Rousseau (de Bordeaux) donne 10 à 30 gouttes par jour d'une solution d'iodure d'arsénic à 2 0/0, ce qui correspond à la dose de 1 à 3 centigrammes par jour.

Kystes hydatiques alvéolaires du foie.

M. Raillet et Morot ont rencontré très fréquemment cette affection chez les animaux tués à l'abattoir de Troyes. Chez l'homme en France, elle semble rare alors qu'en Suisse elle serait assez commune. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 avril 1898. — Présidence de M. Delens.

M. Tuffier revient sur la question des *fibromes utérins sphacélés*. D'après l'orateur, il faut distinguer les polypes sphacélés des polypes infectés. Ces derniers sont graves et l'état général est rapidement atteint. Les polypes sphacélés, au contraire, peuvent s'éliminer spontanément et guérir.

Suivant M. Potherat, le sphacèle des fibromes utérins survient par infection et par ischémie : cette dernière est favorisée par certaines manœuvres, telles que l'électrolysation, l'ergotine, etc. L'orateur, au point de vue de l'intervention, rejette absolument le serre-nœud, le forceps, et s'en tient à l'abaissement avec des pinces et au morcellement avec ciseaux et bistouri.

M. Quénu ajoute que le sphacèle survient dans les polypes très pédiculés qui deviennent le siège d'une sorte d'œdème, ils s'infiltrent et la masse se nécrobiose. La gangrène ne survient que plus tard, lorsque l'infection vient s'y ajouter.

D'après M. Pozzi, l'allongement exagéré du pédicule favorise la gangrène. Quant à l'infection, qui joue également un rôle, elle se produit par ce fait que le polype vient oblitérer le conduit inférieur, aussi l'infection se fait du côté du vagin aussi bien que du côté de l'utérus. L'orateur ajoute aux indications déjà formulées la nécessité d'un curettage soigné de l'utérus, suivi de tamponnement.

M. Ricard recommande l'ablation immédiate d'un fibrome infecté. Dans un cas observé par l'auteur, la température s'était élevée à 40° et une phlébite étant survenue, il dut faire l'ablation immédiate de la tumeur.

M. Bouilly se préoccupe de la question de savoir s'il faut laisser l'utérus ou l'enlever à la suite de l'ablation de certains polypes. Il fait allusion aux cas relativement rares où le polype se compose d'une portion vaginale sphacélée déterminant un état septicémique, et une portion remplissant plus ou moins la cavité utérine. Dans un cas de ce genre, l'auteur a commencé par enlever, par voie vaginale, tout ce qu'il a pu du polype sphacélé, puis il fit une laparotomie pour achever l'opération; la malade est néanmoins morte de l'infection initiale. Dans un second cas. il suivit la marche inverse.

M. Lucas-Championnière revient un instant sur les *Psychoses post-opératoires*. Comme l'ont dit MM. Picqué et Segond, il ne s'agit pas d'une aliénation créée de toutes pièces, le traumatisme n'est que l'occasion de l'explosion d'un état cérébral latent. Chez une femme saine et non prédisposée, on n'introduit jamais des accidents d'aliénation anologues à ceux qu'a signalés M. Picqué.

M. Guinard mentionne un cas de *pancréatite suppurée et gangréneuse*.

M. Guinard présente un malade auquel il a fait l'*ablation du ganglion de Gasser*.

M. Schwartz présente un malade auquel il a pratiqué l'*ostéotomie sous-trochantérienne pour luxation iliaque*, et un autre malade ayant subi l'*extirpation de la saphène pour phlébite moyenne*.

M. Demoulin communique le cas suivant : *Symptômes d'occlusion intestinale par typhtite sans trace d'appendicite. Résection partielle du cæcum. Guérison.*

M. B.

Séance du 20 avril 1898.

M. Ricard présente plusieurs ouvrages offerts à la Société par M. Jonnesco (de Bucharest).

Psychoses post-opératoires.

M. Routier. — Les accidents psychiques consécutifs aux opérations sont de nature bien différente. Il convient de distinguer ceux qui se montrent d'une façon précoce après l'opération et ceux qui apparaissent à une époque plus reculée. Il est certaines variétés de délire post-opératoire dont il est très difficile de déterminer la nature et de savoir si la cause en est due à l'état psychique du sujet ou aux substances employées pour l'anesthésie ou l'antisepsie. Le cas suivant en est un exemple. Il s'agit d'une femme de 54 ans, opérée d'une appendicite. Elle fut prise au bout de quarante-huit heures d'un délire bruyant, dont les idées portaient sur sa profession de cuisinière et sur sa situation. Elle prétendait avoir volé sa maîtresse et se croyait damnée. Elle se plaignait en outre de ses prétendus déboires conjugaux. Ces idées de persécution n'avaient d'ailleurs rien de fondé, car cette femme était en réalité très honnête et très heureuse en ménage. Au bout de cinq semaines, cette agitation cessa et la malade présenta un état d'esprit normal. Il s'agit d'un délire vraiment psychique, qu'on ne saurait imputer ni à la péritonite, ni à l'intoxication. Les pansements avaient été faits avec une gaze très légèrement iodoformée. Une autre femme à qui M. Routier pratiqua la castration double pour kystes de l'ovaire, présente de l'agoraphobie et ne peut traverser la rue quand elle est seule. Tous les auteurs reconnaissent que les opérations pratiquées sur la sphère génitale sont plus souvent que les autres suivies de délire.

M. Hartmann. — Les vraies psychoses sont l'apanage du sexe féminin et de l'âge adulte. Les troubles cérébraux observés chez certains vieillards ont plus de rapports avec la démence et paraissent liés à des troubles de la circulation cérébrale. Les enfants n'ont jamais présenté de véritables psychoses. Malgré l'opinion généralement admise, d'après laquelle les interventions sur le système génital, et la castration en particulier, causeraient plus volontiers des accidents psychiques, la nature de l'opération n'a que peu de valeur. Si les femmes castrées constituent un fort contingent de psychoses post-opératoires, la cause en est dans la prédisposition de ces femmes névropathes, chez qui le désir de la castration n'est souvent que le prélude d'un état psychopatique qui ne fera que s'accentuer plus tard. Dans le cas d'une femme de 44 ans opérée d'une hernie crurale, la psychose ne survint qu'au bout de 3 jours. Lors du premier pansement la malade se plaignit de ce qu'on osait la découvrir. Elle présenta ensuite un délire de persécution, se plaignant du bruit de ses voisines. Le délire devint très violent, l'agitation extrême. On dut recourir à la sonde nasale pour l'alimentation. Aussitôt rentrée chez elle, le délire cessa. Cette femme était une hystérique. Trois facteurs principaux entrent en jeu dans la production de ces troubles psychiques; c'est d'une part, l'état psychique du sujet, présentant un terrain nerveux prédisposé. C'est d'autre part, l'état moral de l'opéré. C'est enfin, l'infection et l'intoxication. Au point de vue pratique, on n'a que peu d'action sur le premier facteur; mais on peut agir sur les deux autres. On s'efforcera donc de modifier les impressions morales de l'opéré et de lutter contre les processus infectieux et toxiques.

M. Potherat. — Si on élimine les faux délires post-opératoires, délire toxique (anesthésique, alcool, iodoforme), délire septicémique, on doit reconnaître que les vraies psychoses sont très rares. Quand on les observe, on reconnaît que le délire existait à l'état larvé avant l'opération. La chirurgie n'en est donc pas responsable. Une femme soignée pour antéflexion utérine et devenue enceinte deux fois fit deux fausses couches, qui furent suivies chacune de troubles imaginaires de tous genres. Un homme, opéré d'une hernie, présenta un délire de persécution, entremêlé de phases d'excitation, au cours desquelles il composait des hymnes patriotiques. La catégorie des urinaires fournit un grand nombre de psychoses. Ces malades sont enclins au délire hypocondriaque poussé souvent jusqu'au suicide et parfois pour des affections très légères.

Épithélioma du larynx. Extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable par le procédé Périer. Guérison.

M. le Pr Thomas Jonnesco (de Bucarest). — Il s'agit d'un homme de 45 ans, porteur d'un épithéliome du larynx occupant l'épiglotte et la partie supérieure du larynx. Début de l'affection il y a six mois : enrouement, gêne de la déglutition, voix rauque, douleurs continuelles au niveau du larynx. Larynx augmenté de dimension, douloureux à la pression, mobile, pas de ganglions. Etat général relativement bon. Opération le 8 décembre 1897. Laryngectomie totale suivant le procédé Périer.

La masse enlevée comprend le larynx avec l'épiglotte et la plus grande partie de l'os hyoïde, et le lobe droit du corps thyroïde qui adhérait extérieurement au larynx. Section des tissus au bistouri. Suture immédiate de la trachée aux lèvres de la plaie, et suture de cette dernière réservant un orifice pharyngien dans l'extrémité supérieure de la plaie. Suites opératoires des plus simples. — L'orifice pharyngien trop large est rétréci par deux interventions ultérieures.

La nutrition est assurée d'abord par une sonde de Nélaton à demeure, introduite par une narine; puis par un tube large muni d'un entonnoir et qu'on introduit à chaque repas par l'orifice pharyngien; une fois cet orifice rétréci le malade mange par la bouche en obstruant lui-même son orifice pharyngien. A l'aide du larynx artificiel Périer-Aubry, le malade peut parfaitement et distinctement se faire comprendre.

Le 29 mars, il retourne chez lui en très bon état, sans trace de récidive, et se servant pour s'exprimer tantôt du larynx artificiel de Périer-Aubry, tantôt d'un appareil plus simple composé d'une canule à trachéotomie ayant à sa partie convexe extra-trachéale un orifice supplémentaire auquel est adapté un tube de caoutchouc, dont l'autre extrémité est engagée dans la bouche par l'orifice pharyngien réservé.

L'examen microscopique de la pièce a montré l'existence d'un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques, occupant la partie supérieure du larynx, jusqu'au ventricule de Morgagni.

Rellay.

SOCIÉTÉ D'OBSTETRIQUE DE PARIS.

Séance du 9 février.

La première séance de la *Société d'obstétrique de Paris* a eu lieu le 9 février 1898, sous la présidence de M. le Dr CHARPENTIER.

La Société a été déclarée constituée. A l'unanimité, M. CHARPENTIER a été élu *Président d'honneur*; à l'unanimité aussi sont élus : *Président*, M. P. BUDIN; *secrétaire*, M. P. BAR. — MM. Charpentier, P. Budin, P. Bar ont été nommés, à l'unanimité, membres du Comité de publication.

M. BUDIN a prononcé l'allocution suivante : « Je vous remercie beaucoup, mes chers collègues, de l'honneur que vous venez de me faire; je tâcherai do m'en rendre digne. Nous allons de suite nous mettre au travail : Je ne dirai auparavant qu'un mot. Nous avons invité tous nos collègues sans exception, accoucheurs des hôpitaux et agrégés, à se joindre à nous, pour fonder une Société dans laquelle on étudiera surtout des faits cliniques, des observations et des préparations. La plupart d'entre eux ont répondu à notre appel; puissent-ils bientôt y répondre tous. L'ordre du jour étant très chargé, ne perdons pas de temps. Je donne la parole à M. le Dr Tissier.

Les communications suivantes ont été faites :

M. le Dr TISSIER. — Utérus fibromateux gravide; avortement; menace d'infection; hystérectomie; guérison. Présentation de pièces.

M. le Dr BONNAIRE. — Goitre et grossesse; auto-intoxication thyroïdienne. Présentation du malade. — *Discussion*: MM. Sébillotte, Maygrier.

M. MAYGRIER. — *a)* Fœtus atteint d'éventration; *b)* Fœtus sélosomien et hydrocéphale. Présentation de moulages et de photographies. — *Discussion* : MM. Bonnaire, Bar.

M. MAYGRIER. — Présentation d'un fœtus atteint de malformations du crâne (proencéphalie) et des extrémités (syndactylie) par hérédo-syphilis.

M. BOISSARD. — Opération césarienne : mère et enfant vivants.

MM. BAR et MERCIER. — Rupture spontanée d'une corne utérine à la fin de la grossesse; grossesse tubo-utérine. Présentation de pièces. — *Discussion* : MM. Berthod, Charpentier, Bar.

Séance du 9 mars 1898.

M. MAYGRIER. — Présentation du moulage d'un placenta avec brides amniotiques.

M. BUDIN. — Rupture spontanée de l'utérus pendant le travail. Présentation de la malade. — *Discussion* : MM. Boissard, Maygrier, Démelin, Budin.

MM. BONNAIRE et MERCIER. — Tuberculose méningée et grossesse. — *Discussion* ; MM. Sébillotte, Mercier.

M. BOUCHACOURT. — Dispositif p rmettant de radiographier facilement la symphyse pubienne en se servant de la machine statique carré. Présentation de l'appareil et de planches radiographiques. — *Discussion* : MM. Schwab, Sébillotte, Bouchacourt.

M. PERRET. — *a)* Présentation d'un céphalomètre permettant la mensuration de la tête au-dessus du détroit supérieur; *b)* Présentation d'un pelvimètre.

MM. BAR, MENUT et MERCIER. — Faits pour servir à l'étude de la perméabilité rénale au bleu de méthylène, à la fin de la grossesse, dans l'albuminurie gravidique et dans l'éclampsie. — *Discussion* : MM. Berthod, Bar.

M. BERNHEIM. — Molluscums multiples et malformations congénitales de l'oreille d'origine hérédo-syphilitique ou nerveuse. — *Discussion* : MM. Sebillotte, Bernheim.

M. L. DUBRISAY. — Fœtus atteint de proencéphalie et d'hémimélie, issu d'une mère syphilique. Présentation de pièces et de photographies radiographiques.

M. THOYER-ROZAT. — Monstre notencéphale avec ectromélie des mains et des pieds; alcoolisme invétéré chez le père. Présentation de planehes radiographiques.

Nous ne donnons pour aujourd'hui que le titre des intéressantes communications qui ont été faites. Mais un compte rendu des séances ultérieures sera fait, donnant le résumé de chacune des communications et des discussions auxquelles elles auront donné lieu. L. M

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE.

Sixième session tenue à Paris du 14 au 16 avril 1897.

La sixième session de la *Société obstétricale de France* s'est ouverte le jeudi 14 avril, sous la présidence du Pr GAULARD (de Lille). La première séance du jeudi matin a été consacrée à l'expédition des affaires de la Société. Le soir, seconde séance ouverte par un discours du président. Aussitôt après, le président donne lecture d'une lettre du Pr Crouzat, que son état de santé a empêché de venir au Congrès et que la même raison oblige à donner sa démission de secrétaire général de la Société. La démission de M. Crouzat mise aux voix est acceptée. M. Crouzat est nommé secrétaire général honoraire à l'unanimité. A l'unanimité, M. le Dr Démelin est nommé secrétaire général de la Société, en remplacement du Pr Crouzat, démissionnaire.

On passe ensuite aux communications.

MM. PERRET et PATAY (de Rennes). — Au nom de MM. Perret et Patay, M. Démelin présente à la Société les plans de la nouvelle Maternité de Rennes. Dans un mémoire annexé à ces plans se trouve la description architecturale complète (description des locaux, des aménagements intérieurs, etc.). Cette Maternité a coûté seulement 100.000 fr. de bâtisse; mais il reste à la meubler.

M CHAVANE (de Paris). — *Avortement dans un utérus bicorne.* — Au nom de M. Beurnier et au sien, M. Chavane communique l'observation d'une jeune femme de 27 ans, qui, après une grossesse passée inaperçue, vint consulter le Dr Beurnier, avec tous les symptômes d'une infection consécutive à la rétention de débris d'un œuf abortif. Après le nettoyage de la cavité utérine malade, qui fut très simple, il se déclara le surlendemain une hémorragie assez abondante pour compromettre les jours de la malade. Injection de sérum et tamponnement vaginal. La température qui était de 38°,6 avant l'opération, monte à 40°,2. L'examen, pratiqué à ce moment, montre que l'utérus est resté très volumineux et que, en arrière du col utérin, il existe près du cul-de-sac postérieur une partie irrégulière, granuleuse, friable, de niveau avec le col, ne faisant pas de relief et qui, par la pression du doigt, se laisse dilater. On pénètre ainsi dans un orifice régulier, arrondi, et, plus loin, dans une cavité qui n'est autre que l'utérus. Après avoir enlevé cette masse par lambeaux, il est facile de reconnaître que l'on a affaire à un placenta putréfié. Ecouvillonnage et grand lavage de la cavité utérine. L'examen intra-utérin montre les faits suivants :

Il s'agit d'un utérus bilobé. La grossesse a eu lieu dans l'utérus de gauche qui, par torsion sur son axe, est devenu postérieur par le fait de son augmentation de volume. L'utérus cureté, était l'utérus vide situé en avant, dont le col était seul appréciable par suite de l'effacement en bec de flûte du col de l'utérus gravide postérieur. La cloison n'a pas été détruite par le curettage. A la suite de ce nettoyage, la température est redevenue normale le deuxième jour. La malade a été examinée deux fois depuis, à de très longs intervalles. Il existe deux col juxtaposés comme les canons d'un fusil double, situés l'un à droite, l'autre à gauche. Pas de trace de division sur les deux corps utérins. Il n'y a pas eu de nouvelle grossesse.

M. KEIFFER (Bruxelles) veut simplement rappeler un phénomène d'embryologie. La malformation utérine dont vient de parler M. Chavane ressemble à ce qui existe chez les marsupiaux dont l'utérus reste double pendant toute la vie. Cela est du chez eux, à ce que les canaux de Muller restent séparés; les canaux de Wolf les empêchent de se réunir pendant la vie intra-utérine. L'embryon humain ressemble à celui des marsupiaux.

M. BUDIN (de Paris). — On s'explique comment le nettoyage de la cavité utérine non gravide a pu être fait, si l'on songe aux modifications qui surviennent dans un utérus double dont une cavité devient gravide. L'autre utérus non gravide s'hypertrophie, sa muqueuse se modifie, se gonfle, se transforme en caduque qui sera expulsée.

M. Gaulard (de Lille). — Dans le cas de M. Chavane, les règles ont persisté pendant trois mois. Or, c'est dans ces cas d'utérus double qu'on voit les règles persister pendant la grossesse. Ce qu'il y a d'étonnant dans cette observation, c'est que M. Beurnier n'ait pas été frappé de l'état du col qu'il trouva dur, fermé et qu'il fallut dilater pour le curetter. Ce n'est pas ordinairement là ce qui se produit. Après l'avortement, quand il y a rétention placentaire, le col reste sinon ouvert, du moins facilement dilatable.

M. Brindeau (de Paris). — *Présentation primitive de la face.* — Les présentations de la face se produisant pendant la grossesse sont très rares. Nous avons pu cependant en observer trois cas dans ces trois dernières années. La première observation a été prise dans le service de M. Budin, à la Charité, en 1894. Il s'agissait d'une femme chez laquelle une sage-femme avait reconnu une présentation de la face, 15 jours avant l'accouchement. Dans le second cas observé à la Maternité, on a pu également faire le diagnostic de présentation de la face, 13 jours avant le travail. Enfin, dans le troisième, la présentation de la face fut reconnue huit jours avant l'accouchement. Dans ce dernier cas, il existait une dolichocéphalie très prononcée, déformation qui a persisté depuis. Du reste, le père de l'enfant présente également cet allongement exagéré du diamètre antéro-postérieur de la tête. Nous avons pu recueillir 15 cas bien nets de présentation de la face, et cependant cette variété de présentation n'est pas admise par tout le monde. Baudelocque, Matteï, Hubard, Pinard, sont de cet avis. La plupart des autres auteurs les admettent quoique les reconnaissant comme très rares. En lisant les observations, nous voyons que les principales causes invoquées par les accoucheurs pour expliquer cette présentation vicieuse, sont la dolichocéphalie et le rétrécissement léger du bassin. Dans trois cas, il y eut mutation spontanée; dans tous les autres, l'accouchement se termina spontanément, sauf dans une observation personnelle où nous fûmes obligé d'appliquer le forceps. Ces présentations primitives paraissent donc assez bénignes, et quand on se trouve en présence d'une présentation de la face pendant la grossesse, si les manœuvres externes ne suffisent pas pour transformer la présentation, on ne devra pas insister et on laissera l'accouchement se terminer par la face.

M. Treub (d'Amsterdam). — Parmi les causes de présentation de la face, on pourrait citer le goitre intra-utérin. D'après Hegar (de Fribourg), cette affection, relativement fréquente dans son pays, serait une cause non négligeable de présentation de la face. Pour sa part, dans ces cas, Treub conseille à ses élèves de ne rien faire. La manœuvre de Schatz ne réussit presque jamais. D'autre part, certains auteurs, Olivier entre autres, ont cité des cas de réduction spontanée. Le diagnostic était-il bien exact? Quoiqu'il en soit, il vaut mieux laisser aller les choses.

M. Budin (de Paris). — Je puis affirmer à M. Treub que le diagnostic, dans le cas cité par Olivier, était exact. J'ai pu m'en convaincre, l'ayant vu, et M. Maygrier aussi.

M. Gaulard. — En a vu aussi un cas qui a été publié par Trachet. Quand un enfant se présente par la face, il y a à cela une cause, mais il est souvent difficile de la trouver. Il a vu une présentation primitive de la face, dans un cas d'hydramnios. Par le palper on sentait à tel point le fer à cheval formé par le menton, que l'on pouvait fermer la bouche de l'enfant. On réduisait facilement la tête en présentation du sommet, mais elle revenait à sa position primitive dès qu'on cessait d'agir sur elle. L'enfant vint par la face, bien vivant, et on ne put trouver aucune raison de la présentation de la face.

M. Keiffer (de Bruxelles). — *Anatomie et physiologie vasculaire de l'utérus humain.* — J'ai eu l'honneur d'exposer ici même, au Congrès de 1896, mes recherches sur la physiologie nerveuse et musculaire de l'utérus chez les mammifères. En 1897, je vous ai exposé les nouvelles données que j'ai obtenues par l'étude du système vasculaire et musculaire comparé chez les mammifères et particulièrement une théorie nouvelle sur la signification physiologique de la menstruation.

Permettez-moi de vous résumer aujourd'hui le résultat de mes recherches sur le système circulatoire de l'utérus humain. Elles ont pu aboutir, grâce au procédé technique des injections artérielles de gélatine carminée. Chez les petits mammifères, ces injections doivent se faire par la voie aortique pour donner de bons résultats. Chez la femme, des essais faits directement dans les artères utérines et utéro-ovariennes, le jour où l'organe a été enlevé au cours d'une opération, ont pleinement réussi. Les plus petits vaisseaux deviennent appréciables au microscope et peuvent être photographiés. Il suffit pour cela de durcir l'organe après l'injection, dans la formaline à 10 0/0, de couper au rasoir, à main levée, de fines lamelles de tissu utérin, dans des sens différents et de les rendre transparents par le passage dans des alcools titrés et les essences. L'étude de ces coupes nous montre bientôt que le système circulatoire de l'utérus, si simple chez les petits mammifères, les rongeurs, les carnassiers, les ruminants, devient chez la femme, par suite de la fusion des cornes utérines, d'une extrême complexité. Il faut de longues recherches pour ramener le cycle artériel et veineux à un schéma descriptif simple de l'anse vasculaire totale. Ce qui importe, ce n'est pas la forme de l'anse, ni sa complexité, mais sa structure anatomique en ses différents points. Elle débute par les grosses artères que vous connaissez et qui cheminent un certain temps dans du tissu conjonctif relativement lâche. Bientôt ce tissu conjonctif disparaît et les artères contractent avec les fibres musculaires lisses de l'utérus une union intime, elle font corps avec lui. Leurs parois ne font qu'un avec l'organe. C'est, en quelque sorte, l'utérus lui-même qui donne aux canaux artériels une tunique vasculaire propre. Cependant, il est toujours possible jusqu'aux plus fines ramifications artérielles de leur reconnaître les caractères suivants : 1° une coupe transversale sensiblement cylindrique; 2° une disposition générale ondulée ou hélicoïde; 3° une paroi constituée d'un endothélium et d'une ou deux couches musculaires que l'on peut différencier du tissu ambiant. Au niveau des fines ramifications artérielles, l'anse vasculaire se continue, comme dans les autres systèmes anatomiques, non pas par un réseau de capillaires semblables entre eux comme forme et calibre, mais un système de fentes, de fissures très inégales, très variables d'aspect, qui n'ont pas de structure propre, mais qui s'adaptent à toutes les directions, formes, mouvements et complexité structurales des faisceaux de fibres lisses. A de fines artérioles on voit succéder des fentes parfois capillaires, parfois épaisses, mais dont l'absence des tuniques propres, dont l'endothélium et l'irrégularité de forme indiquent la nature veineuse. Toutes ces fentes aboutissent peu à peu à des troncs veineux de plus en plus puissants qui possèdent eux aussi une paroi, mais relativement mince comparée à celle des artères et dont la coupe n'est jamais cylindrique. Elle est triangulaire, quadrangulaire, en général aplatie dans différents sens, par les faisceaux musculaires voisins.

Ce système n'a de ressemblance avec aucun système vasculaire du corps humain, sauf peut-être avec celui du tissu caverneux sous-muqueux de la prostate. Ce mode de structure a pour conséquence physiologique, de créer entre le muscle utérin et le système nerveux vaso-moteur, une connexion tellement intime qu'il n'est aucune réaction vaso-motrice qui ne se traduise immédiatement par des actes musculaires de l'utérus. De là vraisemblablement, la sensibilité réactionnelle de l'organe à toutes les excitations qui atteignent le système sympathique, le système nerveux hypogastrique et même le pneumogastrique dont l'action indirecte sur la circulation n'est plus à démontrer. Cette technique des injections artérielles m'a fourni aussi d'autres données sur la physiologie de l'utérus humain. J'ai remarqué que chaque fois que j'injectais à chaud les artères principales de l'utérus, l'injection colorait admirablement tout l'organe, suivant sa richesse en vaisseaux, sauf *la muqueuse tubaire et utérine*. En d'autres termes, presque toute la cavité utérine reste non colorée ; la muqueuse et même une partie du tissu sous muqueux a échappé à l'injection. S'agit-il d'un défaut de technique? La pression n'est-elle pas suffisante pour faire pénétrer l'injection jusque dans la muqueuse? Non, car même les capillaires des fibro-myômes sont injectés. *Il faut aussi injecter les artères utéro-ovariques principales pour atteindre la muqueuse tubaire et utérine.* Ce fait ne nous donne-t-il pas l'explication des troubles qui surviennent dans la menstruation, dans les maladies des annexes, dans les lésions ligamentaires qui inté-

ressent les artères utéro-ovariques. Cette sorte de spécificité muqueuse de ces artères nous explique très simplement pourquoi les femmes n'ont plus leurs règles après l'ovaro-salpingectomie double. L'acte opératoire a lié ces vaisseaux. Et pourquoi certaines femmes conservent-elles souvent leurs règles après la castration ovarienne double? Qu'on ne vienne pas me dire que j'ai laissé des fragments d'ovaires ou des vestiges ovariens embryonnaires dans le ventre! Il s'agit tout simplement du plus ou moins d'anastomoses qui existent entre les deux systèmes artériels utérin et utéro-ovarien, dans l'épaisseur du ligament large et du point où a porté la ligature opératoire sur ce ligament large.

M. MAYGRIER (de Paris) ne veut dire qu'un mot à propos de la structure des artères utérines. Il lui semblait que cette absence de tunique adventice ne se trouvait que sur des troncs très fins. Les gros troncs, au contraire, ont cette tunique.

M. KEIFFER. Les artères ne s'en dépouillent complètement qu'au moment où elles deviennent système veineux.

M. BAR ne conteste pas la constatation anatomique. Mais alors comment M. Keiffer explique-t-il ce qui se passe à la ménopause? Pourquoi les règles cessent-elles à ce moment?

M. KEIFFER. C'est une question qu'il s'est posée lui-même. Mais à la ménopause, il y a atrophie des ovaires, puis atrophie des trompes, d'où atrophie du ligament large et de ses vaisseaux, par conséquent de l'artère utérine.

M. BAR. S'il en est ainsi, on ne voit pas comment peuvent se produire ces métrorrhagies parfois graves qui surviennent chez les femmes d'un certain âge, dans l'endométrite des vieilles femmes par exemple.

M. KEIFFER. Nous entrons ici dans le domaine de la pathologie, ouvert à toutes les hypothèses, et d'autres recherches sont nécessaires pour répondre à M. Bar.

(*A suivre*). L. M.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

MONTPELLIER : 12 AU 17 AVRIL 1898.

Traitement médical des pyélites par les bains de vapeurs résineuses, sèches, de copeaux frais de pin Mugho.

Par le Dr BENOIT (du Martouret).

J'ai l'honneur de déposer sur le bureau du Congrès une brochure sur le traitement médical des *pyélites*, par les bains de vapeurs résineuses, sèches, de copeaux frais de pin Mugho.

L'espace de temps, imparti à chaque communication, ne me permettant pas d'en donner lecture en entier, je me bornerai à indiquer brièvement l'origine et la nature du traitement employé à l'*Etablissement Thermo-Résineux et Hydrothérapique du Martouret, à Die* (Drôme), ainsi que les principaux résultats obtenus.

L'origine du traitement par les vapeurs résineuses du *pin Mugho* est fort ancienne et la découverte de l'action salutaire de ses vapeurs est due à des bûcherons qui exploitaient sur le mont *Glandaz*, dans la Drôme, des forêts de pins Mugho, pour la fabrication de la poix.

La nature des maladies traitées a été d'abord les *maladies arthritiques*; et, depuis 1847, la goutte, le rhumatisme, les névralgies, les sciatiques, etc., sont traitées avec le plus grand succès par cette méthode.

Dans ces dernières années, j'ai été amené à étendre ce traitement aux affections des reins: *néphrites et pyélo-néphrites chroniques*. Je ne puis pas encore fixer d'une façon définitive les conditions et le mode suivant lequel agit le traitement thermo-résineux, mais, d'après une série d'observations que je publierai prochainement, les résultats obtenus sont assez satisfaisants pour marcher résolument dans cette nouvelle voie, puissamment secondé par le perfectionnement de notre appareil balnéaire à chaleur et à vapeur graduées, décrit d'autre part.

Les résultats du traitement sont les suivants :

1° Une modification dans la composition des urines, qui se traduit *par une augmentation de l'acide urique*, modification qui se montre dès les premiers jours du traitement et continue longtemps après.

2° *L'albumine diminue ou disparaît.* Cet effet peut ne se produire qu'à la fin du traitement et même après le retour du malade à la maison. Si l'albumine réapparaissait pendant la saison humide, une autre cure rendrait définitive la disparition de ce symptôme.

3° Corrélativement à ces changements d'ordre chimique, ont lieu les modifications qui signalent *le retour vers l'état normal de la sécrétion urinaire et de son organe.*

En définitive, les maladies justiciables du traitement thermo-résineux du Martouret sont : *la goutte et le rhumatisme sous toutes leurs formes, les névralgies, les sciatiques, les cystites, les néphrites et les pyélites chroniques.*

A dire vrai, je suis embarrassé pour donner l'explication théorique des résultats obtenus. Sans doute, l'état hygrométrique remarquablement sec de la station du Martouret, l'altitude élevée, la brise des Alpes, le climat privilégié de nos montagnes, la pureté des eaux peuvent entrer pour une part dans les effets curatifs qu'on y constate, mais l'agent principal est le *traitement thermo-résineux, tel que nous le pratiquons.*

Ce traitement agit sans doute d'une façon multiple :

1° *Il excite et rétablit la fonction de la peau, dont l'état a, comme on le sait, un retentissement énorme sur les affections des reins.*

2° *Il introduit dans le sang des substances balsamiques ayant sur les reins eux-mêmes un effet topique et salutaire.*

3° *Il modifie dans un sens favorable la composition des urines, d'où, des effets incontestables dans le traitement des affections des voies génito-urinaires.*

Ces trois actions réunies concourent effectivement au traitement des *pyélites et des pyélo-néphrites*; et nous affirmons que leur amélioration est constante et que leur guérison intégrale est possible.

Ataxie locomotrice et Lamalou.

Par le Pr DONADIEU (Léon), médecin consultant à Lamalou.

Les opinions les plus diverses et les plus contradictoires règnent dans le monde médical sur l'efficacité des eaux de Lamalou dans le tabes. Malgré le scepticisme d'un grand nombre de médecins, les consultations de nos malades sont signées par les plus grandes illustrations médicales de la France et de l'Europe.

Ce travail a pour but d'établir sur des bases solides : 1° l'efficacité certaine des eaux de Lamalou dans le tabes; 2° l'opportunité de cette eau; 3° d'établir enfin les cas réfractaires ou aggravés par la cure thermale.

1° *Cas de guérisons ou de rémissions jugés par des médecins étrangers à la station.*

Le Pr Rauzier, dans son travail sur « le traitement de l'ataxie locomotrice (*Traité de Thérapeutique* du Pr Robin, 1896), affirme que, sans avoir été témoin de guérisons complètes, il a pu néanmoins constater la diminution rapide et quelquefois la disparition des douleurs fulgurantes, l'atténuation ou la suppression des crises gastriques et des troubles sphinctériens; de plus, la marche de la maladie a paru, à cet observateur, *enrayée* ou *ralentie* par une saison annuelle ou même bisannuelle.

M. le Pr Grasset cite deux observations remarquables, contrôlées par deux médecins de la région. Dans la première observation, le diagnostic du tabes est indiscutable. L'amélioration s'affirme après la cure thermale et la guérison ou rémission persiste durant *sept ans*. Dans la deuxième observation, le diagnostic du tabes est aussi incontestable. La maladie qui a débuté en 1891, est enrayée par le traitement thermal et antisyphilitique, et en 1894 ce malade paraît guéri : il chasse des journées entières et fait 18 et 20 kilom. dans la journée.

La qualité et l'honorabilité des observateurs étrangers à la station sont des garanties incontestables au point de vue du diagnostic et des résultats.

Opinion des médecins de la station.

Tous les médecins qui ont exercé dans la station depuis un demi-siècle, ont constaté des rémissions, sinon des guérisons qui s'étendent sur une période de 5, 10, 15 et 25 ans. 1° Ces rémissions ou arrêts de la maladie n'ont pu être obtenus que par une ténacité persistante dans le traitement balnéaire;

2° Ces rémissions où arrêts de la maladie se manifestent surtout dans l'ataxie au début ; 3° Ces rémissions ou améliorations faciles à obtenir durant la période préataxique deviennent plus difficiles dans la période ataxique ou confirmée et plus difficiles encore dans les périodes ultimes avec incoordination motrice intense.

Analyse de l'action thermale sur les symptômes du tabes.

Première période, ou *période des douleurs fulgurantes.* — Les troubles sensitifs passagers (douleurs fulgurantes, crises gastriques, etc.) sont ordinairement apaisés ou guéris après une ou plusieurs cures.

Les troubles sensitifs permanents sont plus tenaces (douleurs en ceinture, engourdissement cubital, douleurs constrictives, hyperesthésie et anesthésie par plaques, etc.). Des observations nombreuses viennent démontrer ces affirmations et démontrer aussi que les rémissions de 3, 5, 7 ans et plus, se manifestent surtout nombreuses dans la période préataxique ou dans les périodes prémonitoires du tabes.

Deuxième période ou période d'ataxie confirmée. — Les troubles moteurs caractérisent ce groupe. C'est l'incoordination motrice, la perte de l'équilibration ayant pour base la perte du sens musculaire qui spécialise l'ataxique vrai. La démarche de ce malade est significative. Durant cette période, les rémissions de 3, 5, 7 ans et plus ne sont pas rares, mais déjà le nombre de rémissions se restreint et le symptôme *trouble moteur* devient un bloc de plus en plus résistant à l'action thermale. Les troubles sensitifs sont presque toujours améliorés ou apaisés comme dans la première période.

Troisième période ou période d'incoordination motrice intense. — Dans ce groupe, les arrêts ou rémissions deviennent de plus en plus rares, et nous n'obtenons plus que des améliorations de détail (apaisement de la douleur, remontement, marche un peu plus assurée). Les troubles moteurs deviennent de plus en plus irréductibles et l'évolution de la maladie poursuit sa marche progressive.

Indications.

De ce travail il ressort clairement ce principe qu'*un diagnostic précoce* et un *envoi précoce* à Lamalou s'impose.

Quand l'incoordination motrice est intense et que le malade est parvenu aux périodes ultimes de la maladie, l'action thermale est nulle et impuissante. L'anémie mercurielle ou thérapeutique (traitement antisyphilitique), la dégradation organique par les excès vénériens, le surmenage, etc., l'arthritisme, sont autant d'indications formelles de nos eaux reconstituantes et toniques. Le traitement hydro-thermal est un adjuvant précieux du traitement antisyphilitique qui peut être administré durant la cure ou dans l'intervalle.

Contre-indications.

L'évolution rapide du tabes (tabes malin), l'état inflammatoire, ou l'apparition rapide et vi[illegible] de la fièvre durant la cure, sont autant de contre-indications. Il faut se méfier des tabétiques qui, brisés par la cure thermale, n'éprouvent pas de sédation post-thermale. Il faut se méfier des tabes sensitifs qui durant la cure deviennent hyperesthésiques au possible et voient éclater sous la poussée thermale un véritable feu d'artifice douloureux avec fièvre, prostration, etc., sans sédation, sans apaisement progressif. Enfin les tabétiques dont la syphilis survit encore à la cure (apparition de plaques muqueuses, etc.) ou a été mal traitée.

De quelques névropathies et de leurs rapports avec les lésions congénitales et héréditaires du cœur, par M. le Dr Riberolles (de Saint-Sauves). — La littérature médicale ne nous avait pas démontré jusqu'à présent que les cliniciens eussent déposé des conclusions formelles au sujet du rapport des névropathies avec la pathologie du système circulatoire. Toutefois, après l'observation approfondie d'un très grand nombre de sujets atteints de maladies nerveuses, M. Riberolles a été amené à rejeter l'hypothèse de la pure coïncidence, hypothèse qui avait été assez généralement admise jusqu'à maintenant.

En effet, les divers troubles nerveux, dont il s'agit, ne sont presque jamais en rapport avec une lésion anatomique bien déterminée des centres nerveux ; dans les cas où les lésions anatomiques existent, elles sont loin d'être caractéristiques, la cause primordiale de la névropathie restant sous la dépendance de l'hérédité dite neuro-arthritique ; enfin, bon nombre d'auteurs ont admis qu'un ralentissement ou une accélération de la circulation dans les centres nerveux pouvaient provoquer des phénomènes convulsifs : ce que, d'ailleurs, les expériences sur les animaux ont suffisamment démontré.

La conclusion qui découle des données qui précèdent, c'est qu'il existe une hérédité cardio-vasculaire, en rapport avec une anomalie du système circulatoire, laquelle fait que le sujet qui en est atteint pourra, suivant les circonstances de la vie, présenter des troubles névropathiques généralement passagers ou intermittents, mais susceptibles par leur fréquence ou leur persistance d'entraîner à leur suite des lésions définitives du système nerveux, surtout s'il y a association de la syphilis ou de l'alcoolisme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU IXe ARRONDISSEMENT

Séance du 7 avril 1898. — Présidence de M. P. Garnier.

M. Ozenne, secrétaire général, lit, au nom d'une Commission, un rapport sur un projet « *d'un Congrès international de Médecine professionnelle et de Déontologie médicale* » à l'Exposition universelle de 1900. Ce rapport, mis aux voix, est adopté à l'unanimité.

Action physiologique du massage abdominal.

M. Cautru a étudié l'influence du massage abdominal sur le travail gastrique. Ce massage agit efficacement sur les glandes, le muscle et les nerfs de l'estomac, et, de plus, il en régularise la pression sanguine par suite de son action sur la circulation générale. Son influence se fait surtout ressentir sur les fonctions du rein. Le massage est indiqué dans les dyspepsies à forme congestive, dans la constipation, dans l'entérite chronique des dyspeptiques, dans les hypertrophies congestives du foie, dans le rein déplacé et dans certaines affections utérines.

CORRESPONDANCE

Le Congrès français de Médecine de Montpellier.

Montpellier, le 20 avril 1898.

Monsieur le Rédacteur en chef,

La quatrième session du Congrès français de Médecine interne, tenue à Montpellier, est maintenant close. Aussi me paraît-il intéressant de résumer en quelques mots et dans ses grandes lignes l'œuvre scientifique de cette importante assemblée.

Les travaux qui y ont été apportés et discutés sont de deux sortes : 1° les rapports sur les trois questions mises à l'ordre du jour ; 2° les communications diverses.

A la première séance, le mardi 12 avril, MM. Vergely (de Bordeaux), Bard (de Lyon), Revilliod (de Genève) ont successivement résumé leurs rapports sur les *formes cliniques de la tuberculose pulmonaire* ; ils ont cherché à établir des classifications exactes et complètes de ces formes cliniques. Chacun d'eux prend pour point de départ de sa division des bases différentes. Dans une savante exposition, M. Vergely, s'appuyant sur la durée de la maladie, distingue trois grandes formes comprenant chacune de nombreuses subdivisions : la tuberculose pulmonaire aiguë, la tuberculose pulmonaire subaiguë ou phtisie galopante, la tuberculose pulmonaire chronique. La classification proposée par M. Bard est une classification anatomique, basée sur les différences des localisations topographiques des lésions ; il divise les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire en quatre grands groupes : 1° les formes parenchymateuses ; 2° les formes interstitielles ; 3° les formes bronchiques ; 4° les formes post-pleurétiques. M. Bard apporte à cet exposé ses qualités bien connues d'élocution brillante et de précision scientifique.

Quant à M. Revilliod, dans une causerie toute spirituelle et pleine d'humour charmante, il donne sa classification basée sur le pronostic de la maladie ; il place d'un côté les formes

qui, abandonnées à elles-mêmes, sont curables, et de l'autre celles qui sont incurables.

La séance de mercredi soir 13 avril a été en grande partie consacrée à la discussion de la deuxième question, *les associations microbiennes et les infections mixtes*. MM. Malvoz (de Liège) et Spillmann (de Nancy), qui n'avaient pu se rendre à Montpellier, ayant étudié spécialement l'histoire clinique des infections mixtes et les phénomènes dus à l'association des microbes *in vitro*, M. Widal (de Paris), seul rapporteur présent, s'est surtout occupé des constatations faites *in vivo*. Il étudie successivement : 1° le rôle favorisant les associations microbiennes dans certaines infections (tétanos, vibrion septique, gangrène, infection puerpérale, choléra, fièvre jaune); 2° les infections mixtes (fièvre typhoïde, diphtérie, syphilis, scarlatine); 3° les infections secondaires (fièvre typhoïde, diphtérie, phtisie pulmonaire, lèpre, influenza, scarlatine, rougeole, variole, pneumonie, blennorrhagie; 4° la pathogénie des infections mixtes et des infections secondaires; 5° les antagonismes microbiens; 6° les actions humorales dans les infections combinées. L'exposition claire, nette, entraînante de M. Widal a été saluée par de vifs applaudissements.

De l'état actuel de l'Opothérapie, tel est le titre de la troisième question figurant à l'ordre du jour. M. de Cérenville (de Lausanne), prenant le premier la parole, expose nos connaissances actuelles sur les sécrétions internes des glandes, les hypothèses invoquées pour l'interprétation de leur action physiologique, les troubles qui résultent à leur déviation pathologique, et enfin les faits d'ordre thérapeutique du ressort des diverses glandes. M. Mossé (de Toulouse) lui succède. Après quelques mots d'historique, il étudie l'origine, les procédés, les résultats généraux, l'extension progressive de la méthode générale d'utilisation des organes à sécrétion interne. Il ne lui est pas possible, étant donné le cadre si vaste du sujet, de passer en revue de façon satisfaisante toutes les tentatives d'utilisation thérapeutique des organes à sécrétion interne. Aussi préfère-t-il s'arrêter plus spécialement sur les médications pour lesquelles la clinique et l'expérimentation permettent de recueillir des documents suffisants et principalement sur la médication thyroïdienne : l'action physiologique de l'opothérapie thyroïdienne, le mode d'administration des produits thyroïdiens, les applications thérapeutiques, les indications et contre-indications, les résultats de la méthode sont exposés par M. Mossé à un auditoire nombreux et attentif, en grande partie composé d'anciens collègues et élèves du distingué professeur de Toulouse, il y a peu d'années encore agrégé à Montpellier où il s'était acquis la sympathie générale.

Les communications faites aux diverses séances du Congrès sont en trop grand nombre pour qu'il me soit même possible de les énumérer. Parmi les plus importantes et les plus remarquées, je me contenterai d'indiquer d'abord celles de MM. Arloing et Charrin. La première a pour titre : « De l'action antitoxique, d'après l'influence exercée sur la respiration et la circulation par la toxine et l'antitoxine diphtériques. » M. Arloing dit qu'il résulte de ses expériences que la toxine et le sérum antidiphtérique modifient la circulation et la respiration dans le même sens (accélération). L'action neutralisante du sérum antidiphtérique n'est pas due à des effets physiologiques opposés à ceux de la toxine, mais se rattache plutôt à l'action synergique des médicaments. M. Charrin confirme les conclusions de M. Arloing en ce qui concerne la respiration ; pour la circulation, les effets de la toxine et du sérum seraient inverses ; de plus il dit que le volume de l'urine diminue sous l'influence de la toxine et augmente par le sérum. M. Charrin étudiant le mode de défense de l'économie montre que l'antitoxine défend l'organisme en s'opposant à la production d'une série de troubles fonctionels capables d'entraver le fonctionnement normal des divers viscères, en particulier du foie et du rein. — Les communications de MM. Arloing et Charrin ont produit une grande impression.

MM. Pitres (déplacements du cœur dans la pleurésie), Lépine (perméabilité rénale), Lemoine (de Lille) (spléno-pneumonie et congestion grippales), Courmont, de Lyon (sérum antistreptococcique), Tessier, de Lyon (œdèmes lymphatiques), Mathieu, de Paris (hypersécrétion chlorhydrique et stase gastrique), Combemale, de Lille (opothérapie thyroïdienne dans les accidents hémophiliques), ont, ainsi que beaucoup d'autres auteurs que nous regrettons de ne pouvoir citer tous, ont vivement intéressé l'auditoire par leurs travaux si variés et pleins d'attraits.

Le nombre très élevé des communications a obligé le bureau du Congrès à se diviser en plusieurs sections qui ont tenu des séances simultanées dans des amphithéâtres distincts. Le fauteuil de la présidence a été occupé successivement, indépendamment du président du Congrès, M. Bernheim, par MM. Revilliod (de Genève), Vergely et Arnozan (de Bordeaux), Combemale (de Lille), Grasset (de Montpellier).

A la dernière séance, tenue le samedi 16 avril, le Congrès a décidé de tenir sa cinquième session à Lille, en août-septembre 1899, sous la présidence de M. le professeur Grasset, de Montpellier. Des applaudissements chaleureux ont accueilli la nomination de notre cher maître comme président du futur Congrès.

La matinée du samedi 16 a été consacrée à la visite des divers établissements médicaux (laboratoires, instituts, etc.) — M. Granel, professeur d'histoire naturelle, a fait les honneurs du beau Jardin des Plantes dont il est directeur. Les divers professeurs de clinique ont reçu dans leurs services respectifs la visite de nombreux congressistes. Enfin, à 10 heures du matin, les membres du Congrès ont été conviés par l'administration des hospices à assister à l'Hôpital suburbain à l'inauguration de la statue du célèbre chirurgien montpelliérain Delpech. Une musique militaire prêtait son concours à cette cérémonie à laquelle la Faculté de Montpellier assistait en robe et au cours de laquelle M. le professeur Tédenat, dans un magnifique discours, a prononcé l'éloge de Delpech.

Les soirées ont toutes été bien remplies. Le mardi, a eu lieu, ainsi que je vous l'ai dit dans mon dernier bulletin, une réception offerte par la municipalité au foyer du théâtre. — Le mercredi, les congressistes ont été conviés à un banquet par leurs confrères montpelliérains. Ce banquet s'est fait, à 5 kilomètres de la ville, à Grammont, dans le splendide domaine que Mme Bouisson-Bertrand a légué à la Faculté de Médecine et où va s'élever un établissement sur le modèle de l'Institut Pasteur. La table a été dressée dans un vaste cellier artistiquement décoré de plantes vertes et de fleurs. Les autorités assitaient au dîner. Au dessert, les toasts commencent. C'est le Dr Arles qui, en sa qualité de Président du Syndicat des médecins, ouvre la série en buvant à l'illustre Président du Congrès et à tous ceux qui sont venus. M. Bernheim boit aux médecins de l'Hérault. M. Czernicki, directeur du Service de santé du 16e corps d'armée prononce un toast vibrant d'émotion patriotique dans lequel il rappelle les gloires de l'ancienne Ecole de Strasbourg, et remercie le Congrès d'avoir appelé la Médecine militaire à cette grande fête. M. le Pr Revilliod (de Genève), boit à la France M. Vincent, préfet de l'Hérault lève son verre en l'honneur de la Suisse, cette nation amie, et rappelle le don que le département de l'Hérault vient de faire à la Faculté de Montpellier en votant quatre millions pour la création d'un asile d'alliénés. M. Rouvier, adjoint au maire, porte, au nom de la ville, un toast chaleureux aux congressistes, à la Médecine, à la Science, qui, quoiqu'on en dise, n'a pas fait faillite. Enfin, M. le Dr de Ranse prononce quelques mots au nom de la Presse médicale. Après le dîner, a lieu dans le parc magnifiquement illuminé et pavoisé une réception où était conviée l'élite de la société montpelliéraine. L'excellente musique du 2e génie a donné un délicieux concert terminé par une valse qui a été dansée par les invités.

Le jeudi, les membres du Congrès ont été reçus à la Faculté par M. le doyen Vialleton et Mme Vialleton. Le samedi, c'est dans les salons de Mme Grasset et de M. le professeur Grasset, président du Comité d'organisation, que l'on s'est retrouvé. Les invités étaient très nombreux, beaucoup de dames et demoiselles aux claires toilettes. Les danses et les morceaux de chant et de concert se sont succédés sans interruption.

La municipalité a enfin convié les congressistes à une représentation de gala donnée au théâtre le vendredi et à laquelle ont assisté toutes les autorités. La pièce choisie (*Mireille*) était une œuvre bien méridionale et de couleur locale toute particulière.

Je veux enfin vous dire un mot des excursions qui ont été

faites à l'occasion du Congrès : des trains spéciaux nous ont conduit à Palavas et à Cette, deux plages méditerranéennes très rapprochées, surtout Palavas qui n'est distant de Montpellier que de 11 kilomètres. A Cette, les visiteurs ont pu admirer la *Station zoologique*, dépendant de la Faculté des Sciences de Montpellier, et savamment dirigée par son éminent doyen, M. Sabatier, qui en a lui-même fait les honneurs. Une promenade sur l'étang de Thau a remplace la promenade en mer, contrariée par le vent.

Le temps n'a pas été beau pour les excursions de Lamalou et de Balaruc qui ont eu lieu le même jour, le dimanche 17. Partis de Montpellier à 7 heures du matin, nous sommes arrivés à Lamalou à 10 heures. Le corps médical de cette station nous a successivement fait visiter les établissements thermaux de Lamalou-le-Bas, Lamalou-le-Centre, Lamalou-le-Haut. Les Congressistes ont pu se rendre compte des améliorations apportées dans l'installation matérielle des Thermes. Un banquet somptueux offert par la station de Lamalou et servi dans la grande salle du Casino a clos fort agréablement notre visite. La course à Balaruc, qui a suivi, et qui s'est faite l'après-midi, a été contrariée par une pluie diluvienne. L'établissement thermal a été récemment restauré. Là encore, un banquet a été servi aux Congressistes : l'*Harmonie de Cette*, venue exprès, a joué pendant le banquet.

Le lundi 18, dernière journée, a été consacré à une excursion à Aigues-Mortes et à Arles. La visite des vieux remparts d'Aigues-Mortes, encore très bien conservés, la vue incomparable dont on jouit du haut de la tour de Constance ont vivement frappé les touristes. A Arles, les antiques monuments romains, les arènes, le théâtre, la nécropole fameuse des Aliscampes, le cloître et l'église Saint-Trophime ont été admirés de tous; le gracieux et élégant costume des Arlésiennes a été fort remarqué. C'est à Arles que s'est effectuée la dislocation; chacun s'est dit adieu et a repris le chemin de sa résidence.

Le quatrième Congrès de Médecine a donc terminé ses travaux; l'œuvre scientifique de cette assemblée sera une œuvre utile et durable; elle ne pâlira pas auprès de celle des congrès antérieurs. — Veuillez agréer, monsieur le Rédacteur en chef, l'assurance de mon respectueux dévouement.

Dr Pelon,
Chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

VARIA

La réinstallation de l'Académie de Médecine.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté ; le Président de la République a promulgué la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est autorisé à acquérir un immeuble situé rue Bonaparte, n° 16, et à y faire procéder aux travaux de réinstallation de l'Académie de Médecine, conformément aux dispositions générales de l'avant-projet évalué à un million cinq cent mille francs (1.500 000 francs) qui restera annexé à la présente loi.

Art. 2. — La dépense sera imputée sur les crédits à ouvrir au budget du Ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts au titre de deux chapitres spéciaux inscrits : l'un à la première section (Instruction publique) sous le libellé : « Réinstallation de l'Académie de Médecine ; acquisition d'un immeuble » ; et l'autre à la deuxième section (Beaux-Arts) et intitulé : « Réinstallation de l'Académie de Médecine ; travaux ».

Art. 3. — Il est pris acte de l'engagement souscrit par l'Académie de Médecine de verser à l'Etat pour sa part contributive dans la dépense, un subside de cinq cent quarante mille francs (540 000 fr.). Le montant de ce subside sera versé au Trésor par acomptes successifs, au fur et à mesure des besoins. L'importance de chaque versement partiel et l'époque à laquelle il devra être effectué seront déterminées par le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Association des Médecins du département de la Seine.

L'Assemblée générale annuelle de l'Association aura lieu le dimanche 24 avril à 2 heures très précises, au grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence M. Brouardel, président.

Cette Assemblée a pour objet : 1° la lecture du compte rendu de l'année 1897 par le Secrétaire général. — 2° L'élection : d'un Président; de deux Vice-Présidents; d'un Trésorier.

Candidats proposés aux suffrages de l'Assemblée par la *Commission générale* : *Président* : M. Brouardel. *Vice-Présidents* : MM. Guyon et Fernet. *Trésorier* : M. Dubuc. (Les propositions de la *Commission générale* sont de simples indications). — 3° Le renouvellement par tirage au sort de vingt-deux membres titulaires de la *Commission générale* : la désignation de quarante-quatre suppléants.

Mouvement de la Caisse pendant l'année 1897.

CAISSE GÉNÉRALE.

Rentes 3 0/0 et 3 1/2 100	38.753 fr. 25
Cotisations	16.425 »
Admissions	108 »
Dons	2.450 »
Reliquat de l'année 1896	226 20
Total	57 962 fr. 45

Dépenses et emploi.

Secours à cinq sociétaires et à soixante et une veuves ou familles de sociétaires	44.350 fr. »
Secours à trente-trois personnes étrangères à l'Association	5 800 »
Recouvrement des cotisations	600 »
Frais d'impression	592 45
Port des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses.	265 35
Subvention à la caisse des pensions viagères	1.853 75
Achat de 127 francs de rente 3 0/0	4.373 42
Total	57.834 fr. 97

Balance.

Recettes	57.952 fr. 45
Dépenses	57.834 97
Reste	127 fr. 48

CAISSE DES PENSIONS VIAGÈRES.

Fonds de secours.

Recettes.

Intérêts des fonds placés	546 fr. 25
Subvention fournie par Caisse générale	1.853 75
Total	2.400 fr. »

Dépenses.

Pensions viagères (quatre semestres)	2.400 fr.

Fonds de réserve

Recettes.

Reliquat de l'année 1896	65 fr. 48
Don de M. Guyon	1.500 »
— de M. Péan	130 »
Total	1.695 fr. 48

Emploi.

Achat de 47 francs de rente 3 0/0	1.618 fr. 73

Balance.

Recettes	1.695 fr. 48
Emploi	1.618 73
Reste	76 fr. 75

Actes de la Faculté de Médecine de Paris

Lundi 25. — Dissection : MM. Segond, Jalaguier, Sebileau. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Kirmisson, Delbet, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Fournier, Retterer, Broca. — (2e *série*) : MM. Tillaux, Rémy, Ricard. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Landouzy, Gaucher Gilles de la Tourette. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Humbert, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Marchand, Reclus, Walther. — (2e *partie*) : MM. Potain, Hayem, Widal.

Mardi 26. — Dissection : MM. Campenon, Rémy, Poirier. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Farabeuf, Polaillon, Albarran. — (2e *série*) : MM. Quénu, Gley, Thiéry. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Marie, Widal. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Raymond, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*).

Chirurgie : MM. Berger, Richelot, Nélaton. — (2e partie). (1re série) : MM Jaccoud, Marfan, Ménétrier. — (2e série) : MM. Debove, Ballet. Charrin.

Mercredi 27. — Dissection : MM. Kirmisson, Ricard, Poirier. — 1er de Doctorat : MM. Monod, Rémy, Sébileau. — 2e de Doctorat, oral (1re partie) : MM. Humbert. Reclus, Retterer. — 4e de Doctorat : MM. Pouchet, Netter, Widal. — 5e de Doctorat (1re partie). Chirurgie. (1re série) : MM. Delens, Lejars, Delbet. — (2e série) : MM. Marchand, Segond, Walther. — (2e partie) : MM. Hayem, Joffroy, Gilles de la Tourette.

Jeudi 28. — Dissection : MM. Polaillon, Quénu, Thiéry. — 1er de Doctorat : MM. Farabeuf, Rémy, Poirier. — 3e de Doctorat (2e partie) : MM. Hutinel, Charrin, Netter.

Vendredi 29. — Médecine opératoire : MM. Terrier, Monod, Broca. — 1er de Doctorat. (1re série) : MM. Segond, Rémy, Sébileau. — (2e série) : MM. Marchand, Jalaguier, Poirier. — 2e de Doctorat, oral (1re partie). (1re série) : MM. Reclus; Tuffier, Retterer — (2e série) : MM. Déjerine, Humbert, Lejars. — 3e de Doctorat (2e partie) : MM. Potain, Gaucher, Gilles de la Tourette. — 4e de Doctorat : MM. Grancher, Pouchet, Netter. — 5e de Doctorat (1re partie). Chirurgie : MM. Tillaux, Kirmisson, Walther. — (2e partie) : MM. Hayem, Marie, Widal. — (1re partie). Obstétrique : MM. Ribemont-Dessaignes, Varnier, Bonnaire

Samedi 30. — Médecine opératoire : MM. Quénu, Nélaton, Albarran — 1er de Doctorat : MM. Farabeuf, Campenon, Thiéry, — 2e de Doctorat, oral (1re partie) : MM. Rémy, Poirier, Gley. — 3e de Doctorat (2e partie). (1re série) : MM. Chantemesse, Ballet, Roger. — (2e série) : MM. Dieulafoy, Hutinel, Marie. — 4e de Doctorat : MM. Pouchet, Joffroy, Gilbert. — 5e de Doctorat (1re partie). Chirurgie : MM. Berger, Polaillon, Richelot. — (2e partie) : MM. Raymond, Marfan, Achard. — (1re partie) : Obstétrique : MM. Budin, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 27. — M. Boel. De l'hydrastis canadentis dans le traitement des métrorrhagies. — M. Iehl De la dermofibromatose pigmentaire généralisée et de ses rapports avec la neurofibromatose pigmentaire généralisée. — M. Quivy. Du xanthome des glycosuriques. — M. Roguet. Etudes sur les sarcomes de la paroi abdominale antérieure. — M. Lévy-Bram. Sur une maladie générale caractérisée par une infériorité des tissus (Syndrome de Tuffier) — M. Deville. Indications actuelles de l'opération césarienne conservatrice ou non. — M. Raymond. Traitement prophylactique et curatif de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Méthode employée à la Clinique Baudelocque.

Jeudi 28. — M. Levy. L'éducation rationnelle de la volonté. Son emploi thérapeutique. — M. Giraud. Relation d'une épidémie de typhus exanthématique à Reims en 1893 — M. Josué. Moelle des os des tuberculeux. — M. Noisette. Recherches sur le champignon du muguet. — M. Gombault. De la confusion mentale. — M. Galliot La technique de l'épreuve de Widal et la séro-réaction retardée. — M. Viaud-Grand-Marais. Contribution à l'etude des uréthrotomies complémentaires. — M. Ramond. La fièvre typhoïde expérimentale. — M. Dupuy. Contribution à l'étude des diphtéries associées bénignes. Petits accidents septiques. — M Roussel. Un cas de myxome du bassin suivi de récidive. — M. Barnsby. Appendicite et annexite. — M. Scrini. Les collyres huileux, leurs avantages sur les collyres aqueux et les pommades. — M. Maillotis. Les troubles visuels graves après les pertes de sang. — M. Mercier. Les ruptures spontanées de l'utérus gravide dans leurs rapports avec les grossesses interstitielles. — M. Bonnard. La température dans la pneumonie chez les enfants. — Mlle Land . Contribution à l'étude de la sclérose en plaques chez l'enfant. — M. Faure. La thérapeutique des obsessions — M. Audureau. A propos de quelques tumeurs encéphaliques opérées.

Enseignement medical libre.

Cours pratique d'ophtalmologie. — M. le Dr A. Terson, chef de clinique, recommencera le mardi 10 mai, à 5 heures, a l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques : 1° ophtalmoscopie clinique (avec malades) . rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales ; 2° chirurgie oculaire (avec exercices par les élèves). — M. F. Terrien, chef du laboratoire, recommencera le mercredi 11 mai, à 5 heures, des conférences pratiques : 1° Anatomie normale et pathologique de l'œil (avec pièces et technique micrographiques), 2° bactériologie clinique de l'œil. Chaque cours durera six semaines : le premier aura lieu les mardi, jeudi et samedi à 5 heures, le second les lundi, mercredi et vendredi à la même heure.

Embryologie. — M. le Dr Dareste commencera les conférences pratiques d'embryologie normale et tératologique le mardi 3 mai et les continuera les samedi et mardi de chaque semaine Laboratoire de tératologie à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine (bâtiment du musée Dupuytren).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 3 avril au samedi 9 avril 1898, les naissances ont été au nombre de 1.426, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 503, illégitimes, 209. Total, 712. — *Sexe féminin* : légitimes, 477, illégitimes, 237. Total, 714.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 3 avril au samedi 9 avril 1898, les décès ont été au nombre de 1.045, savoir : 570 hommes et 475 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M 4, F. 3. T. 7. — Typhus : M. 0, F 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 18, F. 17, T. 35 — Scarlatine : M. 2, F. 3, T. 5, — Coqueluche : M. 3, F. 1, T. 4. — Diphtérie, Croup : M. 9. F. 0, T. 9. — Grippe : M. 4. F. 1, T. 5. — Phtisie pulmonaire : M. 155, F. 84, T. 239. — Méningite tuberculeuse : M. 14, F. 12, T. 26. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 10, T. 22. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 10, T. 11. — Tumeurs malignes : M. 22, F. 36, T. 58. — Méningite simple : M. 18, F. 12, T. 30. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 19, F. 27, T. 46. — Paralysie, M. 6, F. 5, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 4, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M 31, F. 29, T 60 — Bronchite aiguë : M. 12, F. 6, T. 18. — Bronchite chronique : M. 15, F. 20, T. 35. — Broncho-pneumonie : M. 31, F. 34, T. 65. — Pneumonie : M. 23, F. 20, T. 43. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 30, F. 24, T. 54. — Gastro-entérite, biberon : M. 20, F. 6, T. 26. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 6, T. 10. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F 1, T. 4. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 14, F. 21 T. 35. — Sénilité : M. 11, F. 33, T. 44. — Suicides : M. 13, F. 7, T. 20. — Autres morts violentes : M. 11, F. 8, T. 19. — Autres causes de mort : M. 72, F. 84, T. 166. — Causes restées inconnues : M. 11, F. 2, T. 13.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 73, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 37, illégitimes, 7, Total : 44. — *Sexe féminin* : légitimes, 18, illégitimes, 11. Total : 29.

Facultés de Médecine. — *Concours d'agrégation en anatomie et physiologie.* — Le jury de ce concours est actuellement composé de MM. Mathias Duval, président; Farabeuf, Richet, Blanchard, Bonnier, Retterer (de Paris); Meyer (de Nancy), Debierre (de Lille), Testut (de Lyon), juges titulaires ; Gley, Sébileau, Poirier et Laborde (de Paris), juges suppléants.

Faculté de Médecine de Paris (*Semestre d'été*). — *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.* — M. le Pr Duplay reprendra son cours de clinique chirurgicale le mardi 26 avril, à dix heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie — M. le Dr Sevestre, médecin des hôpitaux, chargé du cours de clinique annexe, fait, à l'hôpital des Enfants Malades (pavillon Trousseau), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie). — Sont admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les Drs en médecine. Chaque élève est exercé à l'examen bactériologique et à la pratique des interventions opératoires. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à trois heures. Les élèves sont classés par séries de 20 et pour une période de un mois. (MM. les Drs en médecine doivent justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

Exercices opératoires sous la direction de M. le Pr Terrier et de M. Hartmann, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire. — *Troisième cours.* — M. le Dr Glantenay, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration, le lundi 25 avril 1898, à 1 heure 1/4 précise, pavillon n° 3.

Cours libre de pathologie mentale. — M. Gilbert Ballet, agrégé, fera, à partir du mercredi 27 avril 1898, un cours en dix leçons sur les *Eléments et les principaux types cliniques de la pathologie mentale.* Le cours aura lieu à 6 heures, les mercredis et vendredis, au petit amphithéâtre de la Faculté.

Prix Chatauvillard. — Le prix Chatauvillard est partagé comme il suit, pour l'année 1898, entre MM. Zambaco pacha, Renon et Le Double. 1.200 francs sont attribués à M. Zambaco pacha, pour son ouvrage intitulé : *Les lépreux ambulants à Constantinople.* 400 francs sont attribués à M. Renon pour son ouvrage intitulé : *Etude sur l'aspergillose chez les animaux et chez l'homme.* 400 francs sont attribués à M. Le Double, pour son ouvrage intitulé : *Variation du système musculaire chez l'homme.*

Faculté de Médecine de Montpellier. — Il est créé, à la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier, une chaire de clinique des maladies des enfants. (Fondation de l'Université de Montpellier). — M. Baumel, agrégé près la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier, chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants, est nommé professeur de clinique des maladies des enfants à ladite Faculté.

Académie de Médecine de Paris. — Est approuvée l'élection faite par l'Académie de Médecine de M. le Pr Charles Richet, pour remplir la place de membre titulaire devenue vacante dans la section d'anatomie et de physiologie par suite du décès de M. Luys.

Muséum d'Histoire naturelle. — M. Stanislas Meunier, professeur de géologie, a ouvert son cours le mardi 19 avril 1898, à 5 heures, dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie au Jardin des Plantes, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Il exposera l'état actuel de la géologie expérimentale. Il cherchera à déterminer dans quelles limites les essais d'imitation artificielle des phénomènes géologiques sont légitimes, et il décrira les résultats synthétiques dès maintenant acquis dans les différents chapitres de la science.

Société médico-psychologique. — Séance ordinaire, le lundi 25 avril, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, 3. Ordre du jour : 1° Présentation d'un pupillomètre clinique : M. Toulouse. 2° Rapport de candidature : M. Séglas. 3° Rapport de la Commission du prix Aubanel : M. Chaslin. 4° Anatomie pathologique et étiologie de la paralysie générale (suite) : M. Arnaud.

Société d'Anthropologie de Paris. — La Société d'Anthropologie de Paris décernera en 1898 les prix suivants : *Prix Broca* (1.500 francs) « ... Anatomie humaine, anatomie comparée ou physiologie se rattachant à l'anthropologie ». *Prix Bertillon* (500 francs). « ... Matière concernant l'anthropologie et notamment la démographie ». — Tous les mémoires manuscrits ou imprimés doivent être adressés à la Société, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, avant le 1er juillet. Les prix *Godard* (500 francs) et *Faucelle* (2.000 francs) seront décernés en 1899. Le règlement de ces divers prix sera adressé sur demande.

Banquet de l'Internat. — Nous rappelons que le banquet de l'Internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 30 avril prochain, à 7 heures 1/2, dans la salle des Fêtes, 9, avenue Hoche. Il sera présidé par M. le Pr Caubet (de Toulouse).

Concours pour une place de Médecin aliéniste des hôpitaux. — Ce concours doit s'ouvrir le 5 mai prochain. Le jury se compose de MM. A. Voisin, Séglas, Charpentier, médecins aliénistes des hôpitaux, Siredey, Widal et Queyrat, médecins des hôpitaux, et Marandon de Montyel, médecin des asiles de la Seine. — Les candidats qui se sont fait inscrire sont MM. Boissier, Nageotte, Noir et Roubinowitch.

Médecins candidats députés. — Le député sortant de la circonscription de Ribérac est le Dr Pourteyron, républicain. Deux candidats se présentent contre lui, dont le Dr Viault, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, républicain. — Dans le Finistère, à l'issue d'une réunion qui s'est tenue à Chateaulin, on a fait choix du candidat au siège de député dans la première circonscription de Brest. La candidature du Dr Le Borgne, député sortant, a été acclamée. Dans la 2e circonscription, le Dr Cosmao-Dumenez, député sortant, républicain, n'aura sans doute aucun concurrent. — L'arrondissement de Sarlat, dont un député sortant est M. le Dr Sarrazin, maire et conseiller général de Sarlat, républicain, n'aura plus, d'après le résultat du dernier recensement, qu'un seul député. Le Dr Sarrazin reste sur les rangs. Sa situation paraissant bien assise et difficile à entamer, ses concurrents éventuels ne se manifestent pas encore. — Dans la 2e circonscription du Finistère, qu'abandonne M. Gourvil, le Dr Dubuisson, conseiller général républicain du canton de Chateauneuf, a été désigné comme candidat par un congrès de délégués des conseillers municipaux de la circonscription, qui s'est tenu récemment à Carhaix. — Dans l'arrondissement de Forcalquier, trois candidats sont sur les rangs, dont notre ami Turin, architecte à Paris, radical, et M. le Dr Isoard, socialiste. — La 2e circonscription de Bergerac paraît devoir réélire sans concurrent le député sortant, le Dr Clament, républicain. — Dans l'Oise, à Senlis, une réunion qui vient d'avoir lieu au théâtre, sous la présidence de M. Frank Chauveau, sénateur, a désigné M. Dupuis comme candidat républicain pour la 1re circonscription (nouvelle). Le Dr Chopinet, progressiste, sera son concurrent. — Dans la circonscription de Sceaux (Charenton-Nogent Saint-Maur), M. Baulard, député sortant, est soutenu par les groupes radicaux et radicaux socialistes des trois cantons. Les républicains progressistes lui opposent le Dr Pietre, conseiller général de Saint-Maur.

Hôpitaux de Nice. — *Visite du Président de la République.* — Le Président de la République a visité les salles de l'hôpital civil de Nice, en posant des questions à quelques malades sur l'état de leur santé, leur situation de famille, en félicitant les médecins, les internes, les sœurs et les infirmières. La visite à l'hôpital militaire a eu un intérêt particulier, car peut-être aura-t-elle comme conséquence heureuse l'aboutissement de négociations pendantes entre la ville et le Ministère de la Guerre pour la reconstruction hors ville, dans des conditions d'hygiène indispensables, de cet hôpital délabré et insuffisant déjà en 1860 pour une garnison de 1.100 hommes et non modifié depuis, bien que la garnison dépasse aujourd'hui 6.000 hommes. Il est impossible d'y créer des services d'isolement pour les maladies infectieuses; et il est si malsain, raconte le chef de service de santé, qu'on hésite à y transporter les soldats atteints d'affections bénignes, dans la crainte qu'ils n'y contractent des maladies plus graves. Outre son hospice civil et son hôpital militaire, Nice possède un asile, remarquablement installé, richement doté, où 250 enfants, garçons et filles, appartenant à des familles de veufs ou veuves chargés d'enfants et méritants, sont élevés de sept ans à douze ans. Les petits assistés sont dans leurs salles d'études. Ils saluent le Président à son entrée.

Nécrologie. — M. le Dr Worms Jules, membre associé libre de l'Académie de Médecine, médecin en chef de la Compagnie des chemins de fer du Nord, ancien médecin de l'hôpital Rotschild, vient de mourir à l'âge de 69 ans. — Nous apprenons la mort du Dr Brocchi, zoologiste très distingué, professeur de zoologie à l'Institut agronomique, maître de conférences à l'Ecole des ponts et chaussées. Il a été enlevé subitement, à l'âge de cinquante-neuf ans, par une hémorragie cérébrale. — M. le Dr Giraud (de Chalons-sur-Marne) est décédé dans les premiers jours d'avril à l'âge de 58 ans. Il s'établit comme officier en 1866; il passa, en 1875, sa thèse sur les bruits anormaux de la pleurésie. « Correct, bienveillant, aimable, dit notre ami le Dr Langlet dans l'*Union Médicale du Nord-Est*, il avait conquis la notoriété qui lui donnait entrée dans un certain nombre de postes, qui procurent beaucoup de travail, un peu d'honneurs, et pas de profit. Il s'y consacrait avec dévouement. — Le *Journal d'accouchements* (de Liège), de notre ami le Pr Charles, annonce la mort à Constantinople, à un âge avancé, de Mme Vve Henriette Rubbers, née Bay, qui pendant de très longues années a donné le cours d'accouchement à l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople et étant la sage-femme attitrée du Harem du Sultan. — Le *Nord Médical* annonce la mort de M. le Dr Laigniez (de Douai).

Chronique des Hôpitaux.

Hopital Saint-Louis. — M. le Dr Saboureau, chef du laboratoire de l'Ecole Lailler à l'hopital Saint-Louis, a commencé le mardi 19 avril et continuera les mardis suivants à 10 heures, dans le laboratoire de l'Ecole, une série de leçons théoriques et pratiques *sur les maladies du cuir chevelu.*

Infirmerie de Saint-Lazare, 107, faubourg Saint-Denis. — *Enseignement libre. Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie, syphiligraphie et gynécologie.* — Ces cours sont faits deux fois par an par les médecins et chirurgiens de l'Infirmerie spéciale de Saint-Lazare. La deuxième série commencera le mardi 3 mai, à dix heures et demie du matin, et se continuera les jeudi, samedi et mardi suivants à la même heure. Seront admis à suivre ces cours les docteurs en médecine et les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions qui se seront fait inscrire chez M. le directeur de la maison de Saint-Lazare qui leur remettra une carte d'entrée. — Ces cours seront faits : Le mardi par M. Cheron, *gynécologie*; le jeudi par M. Jullien, *vénéréologie*; le samedi par M. Verchere, *syphiligraphie*, et seront complets en dix-huit leçons.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

[illegible] G. MAURIN, SUCCr, RUE DE [illegible]

3e SÉRIE. T. VII. N° 18. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 30 AVRIL 1898.

Le Progrès Médical

PHARMACOLOGIE

Faculté de Médecine de Paris.
Cours de Pharmacologie et Matière médicale.
M. le Pr **Gabriel POUCHET**

Morphinomanie et Morphinisme.

Messieurs,

Nous avons envisagé, dans une des précédentes leçons, l'empoisonnement aigu par l'opium et la morphine ; il nous reste maintenant à étudier l'intoxication chronique par ces mêmes substances, intoxication qui, comme vous allez pouvoir vous en rendre compte, présente, au point de vue purement médical, une importance infiniment plus considérable encore que l'empoisonnement aigu, soit par la morphine, soit par les opiacés.

Opiophagie, opiomanie, morphinomanie, thébaïsme, morphinisme, telles sont les désignations sous lesquelles on a groupé les diverses manifestations de l'empoisonnement par les petites doses fréquemment répétées. Nous n'en retiendrons que deux : *morphinomanie, morphinisme*, qui suffisent à tout interpréter.

Le *morphinisme* est l'ensemble des phénomènes résultant de l'intoxication chronique ; la *morphinomanie* est un syndrome épisodique caractérisé par l'impulsion. Les races européennes présentent une prédisposition à l'intoxication chronique par la morphine, en raison de leur terrain névropathique.

On n'observe plus ici de ces différences fondamentales dans les manifestations comme celles que j'ai eues à vous signaler dans l'empoisonnement aigu, excitation chez les uns, narcose chez les autres; mais seulement une plus ou moins grande facilité et rapidité à présenter les symptômes qui caractérisent l'intoxication chronique.

On peut ranger les causes de la morphinomanie sous trois chefs :

La douleur, que l'on veut éviter ;

Le chagrin, que l'on veut oublier ;

La volupté, que l'on recherche.

Aussi, la morphinomanie s'observe-t-elle surtout parmi les classes élevées qui vivent d'une vie cérébrale plus active, les nerveux qui recherchent des sensations psychiques particulières. Plus considérable encore est le nombre des gens qui deviennent morphinomanes parce qu'ils recherchent des satisfactions sensuelles.

Les jouisseurs de toute espèce, femmes du monde, artistes, filles de joie, les névrosés à la recherche de sensations nouvelles et intenses, sont ceux qui fournissent à la morphinomanie le plus grand nombre d'adeptes ; et leur quantité est proportionnelle au développement croissant du déséquilibre moral. Lesbos y conduit autant que Cythère; et, parmi les voluptueux, la contagion de la morphinomanie s'explique par l'influence de la persuasion des satisfactions éprouvées.

Le début des troubles dus à l'usage habituel de la morphine varie avec la dose et le degré de réceptivité. La durée de la phase d'augmentation de l'excitabilité réflexe est très variable ; avant que d'atteindre la phase de dépression. Il faut aussi tenir compte des susceptibilités particulières.

On a vu les accidents débuter au bout de six à sept mois, pour des doses quotidiennes de 3 à 6 centigrammes de morphine. Il faut, du reste, se bien pénétrer de cette idée que ce n'est pas tant la dose que le besoin impérieux et l'habitude de l'emploi qui constituent la morphinomanie.

Sur 1.000 cas observés, 40 0/0 des individus faisaient usage de doses journalières variant de 50 centigrammes à 1 gramme; 25 0/0 employaient de 10 à 50 centigrammes. On a cité des cas extrêmes où la dose avait atteint 4 grammes de morphine par 24 heures; on a même relevé des doses phénoménales de 9, 10 et même jusqu'à 12 grammes par jour.

En général, les malades viennent se soumettre au traitement pour la guérison, au bout de 2 à 4 ans après le début de l'usage de la morphine; on a noté quelques cas d'intoxication morphinique ayant duré 10, 15 et même jusqu'à 40 ans.

Les manifestations symptomatiques du morphinisme sont tellement disséminées et complexes, qu'il est indispensable, pour en faire une étude fructueuse, de les classer par groupes ressortissant à chacun des grands appareils intéressés au cours de l'intoxication.

1. *Troubles du système nerveux.* — Au début de l'usage de la morphine, c'est le stade d'*euphorie*, que l'on pourrait dénommer « la lune de miel de la morphinomanie ». Tout est bien, tout est beau; rien ne semble impossible... Mais cette période heureuse n'a qu'une durée éphémère, et c'est dans l'espoir de la prolonger que l'on augmente peu à peu les doses, de manière à tâcher de permettre aux périodes d'euphorie d'empiéter les unes sur les autres.

Et, dès maintenant apparaît la caractéristique de la morphinomanie : la perte plus ou moins complète de la volonté, l'apathie. A la période d'ivresse morphinique, succèdent bientôt les troubles des facultés intellectuelles.

D'abord, la perte de la mémoire, particulièrement de la mémoire des noms, ou des connaissances récemment acquises, comme dans la démence sénile. Puis, la perte complète de la volonté; la perception et l'interprétation s'effectuent comme à l'état normal, mais la volition est devenue impossible. Le sens moral disparaît également; les individus sont dans un état d'hyposthénie psychique analogue à celui que l'on observe au début de la paralysie générale; leur caractère subit de profondes modifications; ils deviennent irascibles, entrent sans raison dans des colères folles, deviennent misanthropes, hypocondriaques.

Chez certains sujets, on remarque une insomnie rebelle; d'autres, au contraire, sont en proie à un sommeil invincible : ces deux manifestations peuvent se présenter alternativement chez le même sujet. Puis, viennent les troubles de la sensibilité générale : des picotements, des fourmillements, des douleurs ostéo-

copes dans les jambes et dans les bras; des phénomènes d'anesthésie, ou plus souvent d'hyperesthésie, souvent d'hyperesthésie de la plante des pieds, ce qui provoque chez les individus une démarche sautillante que l'on a pu reproduire expérimentalement chez le chien.

La sensibilité tactile est abolie; chose singulière, on la voit se rétablir chez les hystériques.

Les troubles sensoriels portent plus particulièrement sur la vue, le goût et l'ouïe : l'asthénopie accommodative est extrêmement fréquente, et la contraction spasmodique des muscles accommodateurs constitue une des manifestations les plus désagréables de l'intoxication.

On observe des troubles psycho-sensoriels; des hallucinations nocturnes, et même à l'état de veille, de la vue et de l'ouïe, mais bien plus fréquemment des illusions de ces sens. Ces hallucinations nocturnes sont mobiles, sans caractère professionnel; les plus fréquentes sont celles de la vue, puis viennent celles de l'ouïe; celles du goût et de l'odorat sont rares, celles de la sensibilité générale tout à fait exceptionnelles, contrairement à ce que l'on observe dans l'alcoolisme.

On remarque des tendances aux impulsions à cette période de la maladie. Ceci présente quelque intérêt au point de vue médico-légal : à cette période, les malades sont responsables quand ils peuvent se livrer sans entraves à leurs pratiques de morphinomanie. Les morphiniques sont des individus sans volonté, apathiques, absolument incapables de prendre une détermination nécessitant la mise en jeu de quelque énergie. Lorsqu'ils peuvent, sans entraves, satisfaire leur passion, l'impulsion vraie, c'est-à-dire ce mode particulier d'activité cérébrale poussant à des actes que la volonté est impuissante à empêcher, n'existe pas; et l'on n'a pu relever jusqu'ici dans la science médicale aucun fait permettant d'attribuer aux actes des morphinomanes un caractère impulsif certain dans ces conditions. Il en est tout autrement, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, dans la période d'abstinence ou de pseudo-abstinence morphinique.

Les troubles du mouvement consistent en une modification variable des réflexes, qui sont tantôt exagérés, tantôt diminués; on a noté parfois des mouvements choréiformes et même de la paraplégie.

2. *Troubles de l'appareil digestif.* — Les troubles de l'appareil digestif sont constitués, au début, par des nausées, des vomissements, de l'inappétence par diminution de l'acidité du suc gastrique; mais l'accoutumance est rapide, et l'appétit revient si la piqûre est pratiquée au moment du repas. — La soif est exagérée; l'haleine devient fétide, d'une odeur spéciale.

On observe également une carie dentaire indolore, ayant l'ivoire pour siège, sans périostite, à marche rapide, et coïncidant avec la chute des cheveux. Les grosses molaires sont attaquées les premières par leur face triturante, puis viennent successivement les petites molaires, les incisives, et en dernier lieu les canines : la marche de cette carie est fort rapide, et l'on a signalé des morphinomanes chez lesquels il n'existait plus une seule dent intacte après un an.

La nutrition est troublée : il s'établit une constipation opiniâtre avec des alternatives de diarrhée; parfois les selles deviennent d'une grande rareté (2 à 3 par mois), douloureuses et sanguinolentes.

3. *Troubles de l'appareil circulatoire.* — Ils consistent en ralentissement du pouls; abaissement de la tension artérielle; congestion passive des reins, pouvant amener de l'albuminurie, indice d'un certain degré de néphrite.

4. *Troubles de l'appareil respiratoire.* — L'appareil respiratoire est moins affecté; la respiration est plus courte, incomplète (12 à 14 respirations par minute), nécessitant de temps en temps une large inspiration. L'essoufflement est facile; on note un certain état de dyspnée, par inertie des muscles inspirateurs.

5. *Troubles du système cutané.* — Le système cutané présente de nombreux stigmates de piqûres, rappelant l'aspect de la lèpre tuberculeuse : on a relevé jusqu'à 63.000 stigmates de piqûres chez un seul individu. La peau prend un aspect lardacé. On a signalé la formation de bourses séreuses à la face palmaire du doigt qui pousse la tige du piston. Les éruptions sont rares, et plutôt du domaine de l'intoxication subaiguë; elles rappellent l'apparence des poussées d'urticaire. Leur apparition est brusque, leur disparition rapide; elles sont accompagnées de troubles locaux moteurs et sensitifs, de troubles généraux nerveux; tous ces phénomènes montrent qu'il s'agit là d'une subite intoxication subaiguë survenant au cours de l'intoxication chronique, et l'on remarque, en effet, que ces éruptions se produisent presque exclusivement lorsque, par mégarde ou intentionnellement, l'injection est poussée dans une veine. C'est surtout quand les piqûres sont pratiquées aux avant-bras qu'on les voit survenir.

6. *Troubles de l'appareil urinaire.* — L'appareil urinaire présente également des troubles : de la dysurie non douloureuse survenant après l'injection; parfois on observe des mictions douloureuses avec spasmes du muscle vésical et du sphincter urétral. La diminution de la sécrétion mucipare, sur laquelle j'ai déjà appelé votre attention comme caractéristique partielle de l'action pharmacodynamique des opiacés, joue certainement un rôle dans la production de ces phénomènes. La quantité des urines émises augmente au début, pour diminuer par la suite.

On remarque assez fréquemment de l'albuminurie dont l'existence peut s'interpréter, soit par une action exercée par la morphine sur le bulbe, soit, comme nous venons de le voir tout à l'heure, par suite de modifications dans la tension vasculaire. — La glycosurie ne s'observe pas dans l'intoxication chronique; elle est même assez rare au cours de l'intoxication aiguë.

7. *Troubles du système génital.* — Les troubles du système génital sont constants et fort importants. Nous avons vu que la recherche d'une substance aphrodisiaque est souvent la cause de la morphinomanie : c'est là une spéculation bien mal fondée, car si la morphine est aphrodisiaque au début, elle ne tarde pas à déterminer en peu de temps une impuissance complète.

On a vu l'érection diminuer et devenir difficile même au bout d'un mois d'usage de la morphine. Cependant, à cette époque, l'acte vénérien est encore possible. L'impuissance est d'abord psychique; les désirs vénériens disparaissent les premiers; puis la sécrétion spermatique est diminuée, et les spermatozoïdes finissent par disparaître.

Chez la femme, l'excitation du début est peut-être plus psychique, quoiqu'en réalité chacun réagisse sous l'influence de la morphine, selon la qualité de son cerveau. C'est ici le lieu de rappeler, au sujet de ces manifestations génitales, la classification de M. Magnan en cérébraux antérieurs et cérébraux postérieurs, suivant la modalité revêtue : cette classification me paraît tout à fait applicable à la façon dont chaque individu réagit, au point de vue des modifications subies par le sens génital, sous l'influence du morphinisme.

Le morphinisme conjugal est loin d'être rare; on y

recourt pour provoquer chez le conjoint la diminution des appétits sexuels que l'on n'est plus apte à satisfaire. Les cas de conservation de l'appétit sexuel sont fort rares.

Chez la femme, l'aménorrhée survient dès les premiers mois et persiste pendant toute la durée de l'intoxication. Il se produit une atrophie de l'ovaire, par une sorte d'action d'arrêt empêchant les vésicules de Graaf d'arriver à maturité et d'amener, par acte réflexe, la congestion de l'appareil utéro-ovarien.

Une atrophie du même genre s'observe d'ailleurs sur d'autres glandes, telles que les glandes de l'estomac et des intestins, les glandes sous-maxillaires, les seins.

Bien que l'ovulation soit le plus souvent complètement suspendue, on l'a vue cependant persister parfois et il n'est alors pas rare d'observer l'avortement ou l'accouchement prématuré. Mais ces accidents sont encore beaucoup plus fréquents lorsqu'on vient à pratiquer, au cours de la grossesse, des tentatives de suppression ou même seulement, chez certains sujets, de diminution de la morphine.

L'accouchement peut se trouver prolongé par suite de l'inertie utérine ; on a noté des coliques intenses — que peut seule calmer l'injection de morphine — et l'arrêt brusque des lochies. De semblables accidents morphiniques ont été aussi observés chez des nouveau-nés. On a pu d'ailleurs constater la présence de la morphine dans le sang placentaire des fœtus issus de morphinomanes.

Les accidents débutent quelques heures après la naissance ; ils sont dus à la suppression brusque de la morphine. L'enfant en proie à une vive agitation pousse des cris incessants et meurt souvent dans le collapsus, au bout de quelques heures, rarement de quelques jours. C'est là un indice de l'état de besoin. L'unique traitement consiste dans l'allaitement par la mère, mais on se heurte ici à une grande difficulté, en raison de la rareté de la sécrétion lactée chez les morphinomanes.

Ceux des enfants qui survivent sont caractérisés par un retard notable de l'évolution, et très souvent même présentent des désordres mentaux. Tel est le cas des enfants d'un diplomate qui fut morphinomane pendant 35 ans, et cela, sans avoir jamais dépassé la dose quotidienne de 30 centigrammes. Il eut quatre enfants : le premier mourut phtisique et imbécile ; le second était idiot ; le troisième imbécile, puéril dans ses actes, dépravé ; et le dernier dément.

On a cité également des cas dans lesquels des enfants ne commencèrent à parler qu'à l'âge de deux ans, d'autres où la première dent ne fit son apparition qu'à l'âge de dix-huit mois. Ces faits sont plutôt fréquents dans les cas où le morphinisme se développe chez des enfants à la suite de l'administration habituelle de préparations opiacées (laudanum, décoction de têtes de pavots, cordial de Godfrey, etc.), comme on l'a observé dans certaines villes manufacturières d'Angleterre, où les parents administrent des opiacés aux tout jeunes enfants, dans le but de les calmer et de les endormir, pendant qu'ils sont occupés à leur travail.

M. Féré relate l'observation d'une femme de 22 ans, hystérique, enceinte de six mois, absorbant chaque jour 25 centigrammes de morphine. On tenta de la guérir par la suppression lente en diminuant les doses ; des coliques utérines survinrent qui obligèrent à suspendre le traitement. Au moment de l'accouchement, la dose était encore de 13 centigrammes. L'enfant brusquement démorphinisé eut 60 heures d'agitation ; la mère fut reprise de coliques utérines, et l'on dut suspendre encore la diminution graduelle. La guérison fut obtenue en deux mois, grâce en grande partie à la distraction produite par l'enfant, ce qui montre l'importance d'une occupation psychique qui détourne le morphinomane de son obsession.

8. *Troubles de la nutrition.* — Les troubles graves de la nutrition, dus à l'usage de la morphine, apparaissent à une époque variable, au bout de quelques mois, parfois même seulement au bout de quelques années.

On est frappé de l'état de maigreur des malades, ils ont un aspect particulier, les pommettes sont saillantes, la peau présente parfois des plaques violacées dues à la difficulté de la circulation du sang dans les capillaires ; le teint est plombé ; le regard hébété, ahuri, atone, la physionomie sans expression, le masque immobile.

Les membres sont décharnés, on observe parfois de l'œdème des membres inférieurs. L'individu présente un aspect vieillot. La vitalité des tissus est très amoindrie, par suite de la diminution des échanges : aussi la résistance du terrain est-elle diminuée. La morphinomanie entraîne ainsi une prédisposition aux maladies, l'organisme se laisse facilement envahir.

9. *Influence du morphinisme sur l'évolution des maladies.* — Certaines affections empruntent au morphinisme un caractère exceptionnel de gravité. On a noté des pneumonies à délire furieux, de la gangrène pulmonaire, une phtisie morphinique.

Chez les ataxiques, la maladie fait de rapides progrès ; la syphilis est, pour ainsi dire, fouettée par la morphinomanie, autant que par l'alcoolisme : les accidents tertiaires peuvent apparaître en quelques mois. Malgré les plus rigoureuses précautions antiseptiques, on voit les points de la peau où sont pratiquées les piqûres devenir le siège de rupia ou de pemphigus syphilitique.

On a vu la suppression brusque de la morphine déterminer chez un diabétique une exagération de la glycosurie, et l'amélioration survenir lentement par l'effet du retour aux doses primitives. C'est là, il est vrai, un fait isolé, dont on ne peut jusqu'alors tirer aucun enseignement, la nature arthritique, nerveuse ou pancréatique de ce diabète n'ayant pas été déterminée.

Chez les hystériques morphinomanes, on observe des faits vraiment paradoxaux : l'abstinence provoque le retour des crises convulsives, qui avaient complètement disparu pendant la période d'état du morphinisme. Il est important de noter ici que l'hystérie, en prédisposant aux intoxications passionnelles, fournit un contingent élevé à la morphinomanie. D'ailleurs, comme la plupart des intoxications, le morphinisme est capable de réveiller ou de faire apparaître des tares héréditaires : c'est ainsi qu'on l'a vu provoquer le somnambulisme chez des individus prédisposés.

Au point de vue chirurgical, le morphinisme constitue un terrain dangereux pour l'administration du chloroforme : on a relevé des cas de collapsus mortel.

10. *Accidents causés par la piqûre.* — Les accidents causés par la piqûre consistent le plus souvent en abcès, en nombre variable. Ce sont surtout des abcès à streptocoques, caractérisés par une induration d'abord indolente, qui devient douloureuse lors de la suppuration ; il en est dont l'aspect est identique à celui d'une gomme ; certains récidivent sur place et finissent quelquefois par se fusionner en une sorte de phlegmon diffus. La cicatrisation en est généralement lente et difficile ; il subsiste parfois des ulcères atoniques. Ces abcès sont fréquemment provoqués par l'emploi de doses supérieures à 5 centigrammes.

Certains n'apparaissent qu'au bout de six mois ou

d'un an. On pourrait fort bien, je crois, appliquer à leur genèse les idées de Verneuil sur le parasitisme microbien latent. Parfois ces abcès n'apparaissent qu'un certain temps après la suppression de la morphine. Ils peuvent être alors la cause d'une erreur de diagnostic.

La piqûre d'un nerf peut déterminer un retentissement cérébral ou médullaire, ou à la fois cérébral et médullaire, ce qui se traduit par les phénomènes habituels de ces lésions.

La piqûre des vaisseaux provoque de la congestion encéphalique qui se traduit par des éblouissements, des vertiges, de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles, de la rougeur de la face, des battements aux tempes : le sujet tombe parfois dans un état d'anéantissement voisin du collapsus, il est pris de mouvements convulsifs, de sueur froide ; et, bien souvent, la mort subite au cours de la morphinomanie est produite par l'injection brusque dans une veine de la solution de morphine. Quelques malades s'aperçoivent, en effet, que la piqûre accidentellement effectuée dans une veine, leur a procuré, à côté de quelques accidents passagers vite dissipés, la période d'euphorie du début qu'ils ne connaissaient plus depuis quelque temps; et, dans le but de reproduire cette période heureuse du morphinisme, insoucieux du danger auxquel ils s'exposent, ils cherchent à pratiquer volontairement leur piqûre dans une veine.

Il n'est pas enfin jusqu'à des maladies contagieuses dont on n'ait observé la transmission par les aiguilles des seringues à injection.

11. *Marche des accidents.* — Après la période d'euphorie, qui dure peu, les malades éprouvent un malaise bizarre, une inquiétude, une sorte d'angoisse que la piqûre fait disparaître, aussi augmentent-ils les doses en multipliant les injections.

Alors commence la période d'intoxication caractérisée par la perte du sens génésique, l'aménorrhée, les troubles digestifs, surtout les nausées, la sécheresse de la bouche, la raucité de la voix, la perte du sommeil, l'impressionnabilité excessive, la mauvaise humeur. Le malade est engourdi, ne pense qu'à ses souffrances, car la privation du poison est pour lui une source de tourments de toute nature, comme son usage avait été, au début, une source de jouissances. Il est dans un état d'inertie morale absolue, sa volonté est complètement annihilée; c'est, en un mot, l'image du parfait égoïsme. Ces souffrances, qui prennent l'importance de véritables tortures chez un individu privé de réaction morale et de volonté, jointes aux manifestations que je viens d'énumérer, constituent autant de sollicitations impérieuses à augmenter le nombre des piqûres, et le malade livré à lui-même n'y peut résister.

C'est à cette période que l'on observe la constipation, la tendance aux abcès, les cauchemars, les hallucinations, la carie dentaire, la chute des cheveux. Survient la période de cachexie qui marche de pair avec l'augmentation des doses. On note à ce moment les troubles de la nutrition, l'amaigrissement, les œdèmes, l'affaiblissement cardiaque, l'oligurie et l'albuminurie.

A cette période, tout traitement est rendu impossible par l'état du cœur et des reins. La suppression de la morphine entraînerait fatalement la mort. Les morphinomanes finissent alors en état de démence, en proie à un délire continu avec déchéance complète des facultés intellectuelles; parfois même surviennent de véritables affections mentales. La mort peut encore survenir, en raison de l'état d'infériorité de l'organisme, à la suite d'infection purulente. Il en est qui meurent dans une syncope (mort subite à la suite d'une injection poussée dans une veine); d'autres finissent phthisiques ou dans le marasme.

12. *Lésions.* — Les lésions ne présentent, au point de vue anatomo-pathologique, rien de particulièrement caractéristique. On a noté la dégénérescence graisseuse de certains organes comme dans beaucoup d'intoxications chroniques, de l'œdème cérébral, de la congestion du bulbe et de la pie-mère.

On a décrit trois types de lésions des cellules nerveuses : la tuméfaction trouble (plus fréquemment observée dans l'empoisonnement aigu), la vacuolisation (plus spéciale à l'empoisonnement chronique), la dégénérescence purement granuleuse. Ces lésions débutent par de la raréfaction du protoplasma. On a relevé également des névrites périphériques analogues à celles que l'on retrouve dans les intoxications par l'alcool, le plomb, l'arsenic, le mercure, l'oxyde de carbone.

Le cœur présente de la surcharge graisseuse; le foie est stéatosé. On a noté encore un état spécial du pannicule adipeux, caractérisé par de l'inflammation suraiguë, jointe à de la vacuolisation.

Il existe une stase veineuse généralisée. Dans les centres nerveux, l'anémie artérielle contraste avec la congestion veineuse. Des plaques ecchymotiques sont parfois disséminées à la surface des poumons ainsi que de la muqueuse intestinale. Le cœur renferme des caillots asphyxiques. Les fibres musculaires sont en voie de dégénérescence, tandis que l'on remarque une prolifération du tissu conjonctif interstitiel.

Toutes ces lésions sont, en général, peu marquées; elles sont loin d'être spécifiques; et, bien rarement, on peut observer leur existence simultanée, comme dans le schéma que je viens de vous retracer. (*A suivre*).

CLINIQUE MÉDICALE

Etude clinique sur le typhisme, sur la fièvre continue paludéenne et sur la fièvre typhomalarienne (*suite et fin*) (1);

Par les Drs **Jean KARDAMATIS** et **Spiridion CANELLIS** (d'Athènes).

DEUXIÈME PARTIE.

I. De la fièvre continue paludéenne. — Les fièvres paludéennes continues, comme dit Laveran, sont à tort surnommées aussi rémittentes, parce que les rémissions ne sont pas marquées d'une façon plus substantielle dans les fièvres continues que dans les fièvres typhoïdes proprement dites, lesquelles seules constituent le type des fièvres continues. L'expression donc, dit-il, fièvre rémittente, n'est nullement justifiée. Tandis que Dieulafoy, comme établissant une distinction entre la fièvre rémittente et la fièvre continue, dit que la fièvre paludéenne rémittente n'est en somme qu'une fièvre continue dont les paroxysmes sont plus ou moins accentués, et dont les rémissions n'arrivent jamais à l'apyrexie complète qui crée l'intermittence. Après, voulant unifier ces deux formes, il ajoute que les dénominations de fièvre rémittente et de fièvre continue pourraient donc être confondues en une seule; néanmoins, M. Dieulafoy ajoute plus bas que dans les formes rémittentes, les paroxysmes deviennent assez nettement accentués et parfois précédés d'un stade de froid, tandis que dans la fièvre continue, rien ne rappelle la périodicité. Il est donc à conclure, d'après notre opinion, qu'en substance la fièvre rémittente et la fièvre

(1) Voir *Progrès médical*, nos 13 et 17.

continue devraient être rangées à une seule catégorie, et que ce n'est qu'en forme, c'est-à-dire quant aux variations de la température ayant lieu périodiquement, qu'on peut établir une distinction entre la forme rémittente et la forme continue.

La fièvre paludéenne rémittente est endémique dans certaines régions de l'Europe (Grèce, Italie et quelques contrées situées à proximité des embouchures du Danube), mais les pays où elle sévit de prédilection sont les pays chauds d'Algérie, du Sénégal, de Cochinchine, d'Indes, de l'Afrique centrale et des Antilles. Souvent elle fait son apparition d'une façon épidémique, et, après avoir régné pendant quelque temps, elle peut disparaître durant une année. D'après Griesinger, les indigènes et les individus acclimatés sont atteints particulièrement de la fièvre intermittente de l'impaludisme, tandis qu'au contraire les nouveaux venus souffrent de la forme rémittente. Les principales formes sous lesquelles se présentent les fièvres paludéennes rémittentes ou continues sont : 1° Fièvre rémittente simple ou fièvre continue. 2° Fièvre rémittente gastro-bilieuse, accompagnée de symptômes gastriques, de symptômes bilieux, dont l'importance a permis de créer des types gastriques, des types bilieux et un type gastro-bilieux de la fièvre rémittente. Ici, comme dans toutes les maladies infectieuses, nous trouvons entre les cas bénins et les cas mortels toute une série d'intermédiaires ; ces variations dépendent en grande partie de l'intensité de l'épidémie et du pays dans lequel règne le paludisme.

II. Diagnostic. — Les divers symptômes qui caractérisent cliniquement la fièvre paludéenne continue et la fièvre typhoïde sont les signes différentiels du diagnostic de ces deux entités morbides. La fièvre continue paludéene, par exemple, est le plus souvent accompagnée par des vomissements et par l'ictère, très rarement par une diarrhée. Il n'y a pas de douleurs dans la fosse iliaque droite, comme cela arrive en cas de fièvre typhoïde, mais il y a augmentation de la sensibilité au niveau des fausses côtes à gauche, c'est-à-dire sur la région splénique. Nous ne trouvons pas aussi d'exanthème ou taches rosées ; la rate présente un gonflement plus grand et plus permanent que dans la dothiénentérie. L'apathie typhoïde n'existe pas dans les fièvres continues, tandis qu'elle caractérise les fièvres essentiellement typhoïdes. Dans les fièvres paludéennes continues, le système nerveux ne se dispose pas comme dans les fièvres typhoïdes. L'intelligence, par exemple, de même que toutes les fonctions intellectuelles du cerveau, en cas de fièvres paludéennes, ne s'émoussent, ne s'assombrissent que durant les exaspérations fébriles ; tandis que dans la fièvre typhoïde nous avons les symptômes cérébraux, c'est-à-dire la surexcitation ou l'abattement, soit qu'il y ait augmentation de chaleur, soit qu'il y en ait rémission.

La durée de la fièvre continue varie selon que la maladie est abandonnée à elle seule ou qu'elle est traitée énergiquement par les sels de la quinine. Abandonnée à elle, la fièvre peut persister en s'aggravant de plus en plus jusqu'à la mort ; dans d'autres cas, la défervescence se produit, d'ordinaire, vers le huitième jour, la fièvre se transformant quelquefois en une fièvre intermittente. La convalescence est, en général, plus prompte que dans la fièvre typhoïde ; les malades, quoique anémiques déjà, demandent à manger, se lèvent du lit, dès que la fièvre a cessé. Mais si le médecin ne persiste dans le traitement par la quinine, il survient souvent des rechutes sous la forme des accès intermittents. De plus, dans la fièvre typhoïde, nous remarquons une légère coloration en pâle de la peau comme de cire, tandis que dans la fièvre rémittente, et, en général, dans les fièvres paludéennes, on remarque plutôt une coloration jaune pâle et plus souvent brune pâle.

Le principal élément du diagnostic différentiel, le critérium, pour ainsi dire, des deux maladies dont il est question, est la découverte des éloplasmodes spécifiques de Laveran dans le sang des malades, pour que le diagnostic de l'intoxication paludéenne s'appuie sur un fondement inébranlable.

On pourra, dit Laveran (1), utiliser dans certains cas la réaction de Widal, mais comme il est nécessaire de faire le diagnostic au début de la maladie et que la propriété agglutinante du sérum ne s'observe qu'au sixième jour de la fièvre typhoïde et souvent beaucoup plus tard, il est probable que cette réaction ne sera pas ici d'un grand secours.

On sait que tous, aujourd'hui, nous admettons la fièvre continue palustre, d'une part, et la fièvre typhoïde, d'autre, comme deux entités morbides indépendantes, complètement distinctes l'une de l'autre, sous tous les points de vue, soit de l'étiologie, soit de l'anatomie pathologique, soit enfin du traitement ; nous n'en soutenons pas moins qu'il n'y a aucun antagonisme entre ces deux maladies, lesquelles existent souvent dans un même lieu, sans que l'une exerce une immunité sur l'autre.

Nous croyons donc que dorénavant la théorie de l'antagonisme entre l'intoxication paludéenne et la fièvre typhoïde, théorie fondée par Bouddin, n'a plus sa raison d'être. Des épidémies de fièvre typhoïde apparues dans des régions très marécageuses, ainsi que des individus dont l'organisme est déjà détérioré par l'impaludisme aigu et intense ou chronique, et qui, dans la suite, viennent à être atteints d'une fièvre typhoïde de forme classique, nous servent comme une preuve incontestable pour la condamnation de l'opinion de Bouddin, laquelle a déjà fait son temps. On doit de même considérer comme abjecte l'opinion qu'une fièvre de nature palustre peut se transformer, par auto-infection de l'organisme atteint, en une fièvre typhoïde. C'est donc avec raison que Laveran, combattant cette opinion, dit qu'il est impossible qu'une fièvre continue d'origine marécageuse se transforme en quelques jours en une fièvre typhoïde, sous l'influence de l'altération des sécrétions. Tandis qu'au contraire il se peut et il arrive que la fièvre typhoïde et une des manifestations du protée palustre coexistent en même temps chez le même malade, comme on peut aussi relever, dans des circonstances assez rares, chez le même individu les altérations de la fièvre typhoïde à côté de celles de l'impaludisme.

III. Fièvre typho-malarienne. — D'après plusieurs auteurs, comme nous avons rapporté dans un chapitre précédent, il y a une fièvre appelée ordinairement typho-malarienne.

La combinaison, en effet, de l'impaludisme avec la fièvre typhoïde fut l'objet de l'occupation de plusieurs observateurs. Aussi les uns ont considéré cette fièvre typho-malarienne comme une modalité spéciale de la fièvre typhoïde (Borelli); d'autres comme une forme grave de la fièvre paludéenne (Obédénare), et d'autres comme une entité morbide distincte (Mauser). D'autres enfin allèrent jusqu'à dire que la fièvre typhoïde pouvait engendrer le paludisme, opinion vraiment ridicule.

(1) Laveran. *Traité du paludisme*, 1898, p. 320.

La typho-malarienne doit être considérée aujourd'hui comme une infection combinée résultant du développement simultané chez le même individu de deux infections, l'une due à l'hématozoaire de Laveran, et l'autre au bacille d'Eberth. L'une des deux maladies peut préparer le terrain à l'autre. Laveran cite beaucoup d'observations de fièvre typho-malarienne. Chez ses malades l'éloplasmode avait disparu simultanément avec la fièvre typhoïde pour apparaître de nouveau. Cela n'implique pas certainement un antagonisme, mais, au contraire, la présence simultanée, l'évolution omochrone dans le même organisme des deux virus, évolution où probablement l'un des virus domine et se manifeste par une symptomatologie plus intense, tandis que l'autre coexiste sans qu'il se manifeste à l'extérieur d'une manière sensible, mais qui plutôt a une vie cachée et dissimulée.

La fièvre typhoïde a été observé dans les foyers les plus intenses du paludisme, à Madagascar, aux Indes, à Java, à Sumatra, et en Grèce particulièrement bien souvent.

La fréquente coïncidence de la fièvre typhoïde et des fièvres palustres chez les mêmes malades avait été signalée déjà par Frison. Pendant l'été de 1886, Frison observait à Ténès une petite épidémie de fièvre typhoïde qui coïncidait avec l'endémo-épidémie palustre annuelle. Sur 39 malades qui eurent la fièvre typhoïde, 8 avaient été atteints précédemment de fièvre intermittente.

Frison conclut ainsi : « Non seulement l'intoxication maremmatique n'a montré aucune action préservatrice de la fièvre typhoïde, mais elle est venue aggraver la maladie et la compliquer parfois d'une manière fâcheuse (1) ».

Depuis la conquête de l'Algérie, Maillot a noté, en 1836, dans son *Traité sur les fièvres intermittentes*, l'existence des altérations dothiénentériques chez des personnes mortes d'une fièvre palustre évidente ; dans le Congrès international de Médecine, réuni le 11 septembre 1876 à Philadelphie, à l'occasion du Centenaire de l'Indépendance de l'Amérique, Woodward a développé en détail la question de la fièvre typho-malarienne, non seulement sous le point de vue historique, mais aussi relativement aux cas remarqués dans les Etats-Unis. A la suite de ses cas importants, il fut admis que la fièvre typho-malarienne ne pouvait être considérée comme un type fébrile spécial, mais bien qu'elle parait résulter sous l'influence combinée des causes qui engendrent l'impaludisme et la dothiénentérie. Il est également à remarquer que ces fièvres mixtes paraissent avoir sévi dans l'armée russe pendant sa dernière guerre contre les Turcs, et ensuite dans les troupes anglaises, qui avaient occupé l'île de Chypre. En résumé, les fièvres typho-malariennes se développent là où d'ordinaire sont endémiques l'impaludisme et la fièvre typhoïde.

Le tableau représentatif d'une pareille forme fébrile mixte, en un mot d'une fièvre typho-malarienne, nous l'avons dans l'esprit comme résultat de notre propre expérience basée sur des cas de notre clientèle, que nous passons sous silence, pour ne pas donner de la longueur à notre sujet; nous nous bornons seulement à faire remarquer que nos conclusions cliniques sont d'accord avec le tableau clinique juste et fidèle que Kelsch et Kiener (2) ont fait de la fièvre typho-malarienne dans leur ouvrage classique.

(1) *Rec. mém. de méd. milit.*, 1867.

(2) *Traité des maladies des pays chauds*, 1889. p. 344.

IV. Conclusions générales. — En récapitulant tout ce que nous venons d'exposer plus haut, nous pouvons formuler nos opinions sur cette étude clinique dans les lignes suivantes :

1° Dans les maladies paludéennes, nous pouvons avoir fréquemment le typhisme, que nous prenons à tort comme une véritable fièvre typho-malarienne, sans qu'il y ait aucune relation ou combinaison de l'hématozoaire avec le bacille typhique, attendu que la cause en est due aux transformations chimiques et biologiques du sang, à la suite de l'absorption des matières septiques par le tube digestif, avec une fonction défectueuse des viscères et particulierement du foie.

2° Il n'y a aucun antagonisme entre la malaria et la fièvre typhoïde; au contraire, de l'expérience nous déduisons la combinaison de ces deux agents, combinaison qui, quoique rare, a lieu d'une telle façon, que tantôt l'un d'eux reste localisé dans l'organisme sous la forme d'une vie non pas purement latente, mais cachée, sans exercer aucune action sur les secrétions et les produits morbides de l'autre. Tantôt on trouve, plus rarement, ces deux agents morbifiques, qui agissent d'une manière parallèle, chacun pour soi, sous une influence mutuelle d'antagonisme, mais avec une action qui accable l'organisme à cause de la combinaison de la promiscuité microbienne.

3° La fièvre palustre continue et la fièvre typhoïde sont deux entités morbides complètement distinctes entre elles, et qui peuvent coexister toutes les deux, plus rarement qu'on n'en pense, dans un même organisme, sans que l'une exerce sur l'autre une immunité, si ce n'est que, tant que l'une domine, l'autre ne se manifeste à l'extérieur d'une façon plus sensible et plus prononcée que la première; ce n'est que dans peu de circonstances qu'elles se développent simultanément et parallèlement, lorsque les phénomènes symptomatiques manifestes peuvent amener la plupart la mort.

4° La forme dans laquelle ces deux infections se combinent et que tantôt l'une, tantôt l'autre d'elles domine est plus fréquente que l'autre forme dans laquelle les deux agents se développent parallèlement, ayant tous les deux la même intensité au point de vue symptomatologique.

5° La transformation de la fièvre palustre continue en une fièvre typhoïde est une vraie utopie.

Asiles d'Aliénés de la Seine. — Sont compris dans la 3e classe du cadre : MM. les Drs Pactet, médecin en chef de l'asile de Villejuif. — Sérieux, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard. — Dagonet, médecin en chef de l'asile clinique (Sainte-Anne). — Toulouse, médecin en chef à l'asile de Villejuif.

La retraite de M. Peyron. — Un congé de deux mois, dit le *Temps*, motivé par l'etat de sa santé vient d'être accordé a M. Peyron, directeur de l'Assistance publique de Paris. Il n'est pas exact, comme on l'annonçait qu'il ait du présenter sa démission en posant sa candidature a la députation dans le département de Seine-et-Oise car les fonctions de directeur de l'Assistance publique de Paris, purement municipales, ne sont pas incompatibles avec un mandat électif. Nous savons, toutefois, que l'honorable M. Peyron a manifesté, pendant sa récente maladie, l'intention formelle de demander sa liquidation de pension de retraite à laquelle lui donnent droit son age et la durée de ses services; il est né le 15 janvier 1836 et occupe les fonctions de directeur général de l'Assistance publique à Paris depuis le 11 novembre 18[illegible]4, apres avoir éte, pendant plusieurs années, directeur des Quinze-Vingts. M. Derouin, secrétaire general, le collaborateur le plus dévoué de M. Peyron, est chargé de l'interim.

La peste en Asie. — Une ordonnance du Ministere de l'Interieur déclare infestés par la peste bubonique le Hedjaz (Arabie), Canton, Hong-Kong et Macao, et prescrit des mesures sanitaires.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Psychologie du Chirurgien.

Un profane vient d'ébaucher, dans la *Revue du Palais* de février 1898 —, à l'aide des seules ressources de la critique littéraire, dit-il, — la Psychologie du Chirurgien. Cet article est au moins curieux, sinon basé sur des données sérieuses. L'auteur, homme de lettres, déclinant tous rapports avec le signataire des *Morticoles*, prétend discerner des vérités qu'un professionnel, — comme nous, par exemple, à la fois chirurgien et homme de lettres... ratés — se refusera, affirme-t-il, toujours à admettre. A-t-il réussi? Voyons un peu.

Il ne distingue pas tout d'abord le chirurgien véritable, qui se fait lui-même (tels les Maisonneuve, les Kœberlé, les Péan, les Billroth, pour ne citer que des morts), celui qui a le *tempérament* en un mot, celui que Lombroso appelle le *Dégénéré Supérieur*, des chirurgiens à concours, qui ne sont opérateurs que parce qu'ils sont chirurgiens des hôpitaux et professeurs agrégés de chirurgie à la Faculté, mais qui sont presque tous des *intellectuels* de très grand talent fourvoyés dans la médecine opératoire ; qui sont des *Olympiens* proprement dits. Et en cela il a tort. Il n'insiste qu'en quelques mots, à la fin de son article, sur cette distinction, pourtant capitale. Il aurait dû commencer, au lieu de terminer, par ces mots : « Ces excellents docteurs en chirurgie, pleins de pondération, auraient aussi bien et beaucoup mieux pratiqué la médecine interne ! » Tels les Verneuil, duquel il ajoute : « Il saute aux yeux que ce professeur de chirurgie n'aimait rien moins que son métier ! » Combien, sur ce point, il a raison ! Et nous avons osé le dire à nos dépens, il y a longtemps, nous qui fûmes l'interne de ce très savant et très honnête homme...

Les véritables passionnés de l'art chirurgical, il faut le reconnaitre, sont aujourd'hui, grâce à l'institution de nos concours multiples de chirurgie, plus fréquents en province et à l'étranger qu'à Paris. C'est là que se réfugient désormais ceux qui ont véritablement la vocation ! En dépit de toutes les haines et de tous les obstacles, dans des milieux qui ne les comprennent pas, sûrs d'eux-mêmes, ils vont de l'avant, sans s'occuper des cris du dehors, obéissant à une invincible besoin d'agir chirurgicalement. Quoiqu'on le répète sans cesse, ce n'est pas l'amour de l'argent qui les pousse d'ordinaire. S'il en était ainsi, avec leur intelligence et leur fortune personnelle, souvent grande, ils feraient mieux d'être coulissiers ! Non, ils opèrent — et on le sait bien — très souvent gratis et pour l'amour de l'art. Les véritables chirurgiens, ceux qui ont du sang, sont comme les peintres et les artistes, des emballés, des convaincus, pour lesquels rien n'existe en dehors du métier qu'ils exercent. J'en citerai des exemples à foison et des noms modernes viennent en masse au bout de ma plume. Mais le secret professionnel m'oblige au huis-clos...

L'auteur de l'article cité a insisté avec raison sur ce point, dans le style particulier de ceux qui, n'étant pas médecins, parlent d'art médical. « ... Pour des nerfs de bourgeois mal aguerris, ces attitudes de suppliees, cet étalage d'instruments de torture, c'est effroyable... Or, tout cela crie l'adoration du métier... Pour cet homme, travailler dans le vif, c'est la vocation... Ce qui le pousse à intervenir, ce n'est pas l'appât de l'or... Opérer, c'est ce qu'il veut ; et tant mieux, si c'est lucratif ; sinon, il agira pour rien... » Voilà ce qu'en dit un homme de lettres, qui ajoute cette réflexion, que je transcris à dessein à l'usage de certains confrères, toujours prêts à tomber sur les pauvres journalistes : « Sitôt que nous avons conquis quelque notoriété, il est un principe chez nous, gens de lettres, de ne donner jamais notre copie pour rien, et nous avons cent fois raison. »

Le même écrivain est aussi tout à fait dans le vrai quand il remarque que le grand opérateur moderne est d'avis qu'on n'opère jamais assez tôt. C'est là une conséquence des conquêtes récentes de la science chirurgicale. — A-t-il également raison quand il prétend que les chirurgiens sont des sanguinaires, au sens étymologique du mot, c'est-à-dire des belliqueux, des querelleurs, des gens prompts à verser le sang... Là, je crois qu'il s'abuse. Les vrais opérateurs sont, au contraire, doux comme des moutons, au dehors de la salle d'opérations. Hors de leur milieu propre, ils se sentent dépaysés. Ne sait-on pas comment ils sont « gauches » dans le monde ! L'auteur évidemment a confondu. Si certains chirurgiens, qu'il a vus, sont le type des « mauvais caractères », cela tient aux luttes terribles qu'ils ont eu à supporter dans le combat pour la vie, plus dur pour eux que pour la plupart des autres humains, en raison des concours multiples qu'ils ont à affronter. Des rivalités incessantes, des calomnies répétées, des éreintements passionnés, écrits ou oraux, les ont rendus vraiment hargneux et terribles pour ce qui ne plie pas devant leurs galons, toujours péniblement gagnés ! La preuve, c'est que tous ceux qui ne passèrent pas par les concours sont véritablement les plus tendres des hommes. Pour vous en assurer, parcourez la liste des membres de l'*Association française de Chirurgie* !

Quoi qu'il en soit de ces réflexions, l'article que nous avons signalé mérite que les professionnels le lisent, car ils ne s'y reconnaîtront pas, et que les médecins le méditent, parce qu'ils y apprendront quelque chose. Après avoir parcouru ces lignes senties, écrites par un profane qui sait penser, ils comprendront l'énorme différence qui existe désormais, malgré les dires de certains maîtres, entre la médecine et la chirurgie.

Marcel Baudouin.

Traitement de l'épilepsie par l'opium et les bromures (1).

C'est la méthode de Flechsig qui consiste à donner d'abord pendant six semaines, des doses progressives d'opium jusqu'à un gramme par jour, puis à cesser brusquement pour subtituer le bromure à haute dose ; soit, les premiers 6 mois, 6 à 9 grammes de bromure chez les adultes, pour diminuer peu à peu, de telle

(1) Warda. — *Erfahrungen uber die Behandlung der Epilepsie mit Opiumbrom. Mon. Schr. f. Psych. und Neur.*, oct. 1897.

sorte qu'après 2 et 3 ans, le malade prenne encore 1 à 2 grammes de sel bromuré par jour. En outre, il faut le repos au lit, même pendant des mois, en même temps que veiller au fonctionnement intestinal ainsi qu'au régime. Avec cette méthode, il faut toujours songer à la possibilité d'intoxication par l'opium ou par abstinence d'opium, de même qu'au bromisme. Chez les enfants il suffit de 12 centigrammes d'opium par jour, et, en cas de troubles par abstinence d'opium, il faut en reprendre l'usage. On ne peut encore dire définitivement, si cette méthode de Flechsig est supérieure aux autres traitements de l'épilepsie. P. C.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 avril. — Présidence de M. Mangin.

M. Peron rapporte les résultats d'études sur la *tuberculose expérimentale du foie chez le chien.* Il a pu constater que cette tuberculose pouvait amener la dégénérescence graisseuse totale, à ce point que les coupes de l'organe rappellent celles du tissu graisseux sous-cutané. Il est à remarquer que cette action stéatosante des bacilles sur le foie n'existe que pour les bacilles vivants. Les bacilles de Koch ayant subi la température de 100° ne stéatosent plus le foie. L'auteur conclut de ces expériences que la stéatose hépatique dans certaines cirrhoses, telles que celle de Sabourin, est due à des actions microbiennes.

M. Michel adresse une note sur le régime des corps sétigères sur les annélides.

M. Féré lit une note sur les *attaques de rire* chez les épileptiques à propos d'un malade qui a des accès de rire spontanés suivis d'un état de stupeur qui seul dure cinq à six heures. Le rire convulsif remplace alors l'attaque.

M. Bosc montre les radiographies d'une *anomalie du pied du cheval,* provenant d'un cheval d'origine américaine; et les anomalies paraissent plus fréquentes chez les animaux de cette origine.

M. Dastre a étudié le *rapport qui existe entre les injections d'urine, de bile et de peptone* sur la coagulation du sang avec M. Floresco, il a essayé l'action de ces substances. L'injection successive de bile et de peptone n'empêche pas le sang de se coaguler, quand l'injection de peptone seule le rend, comme on sait, incoagulable. L'urine à 3 centimètres cubes d'urine de chien par kilogramme produit le même résultat.

M. Retterer a étudié l'*ossification du pisiforme*, qui se développe sur deux points d'ossification chez le chien. Le fait a été nié récemment, mais l'auteur en montre des pièces qui montrent la réalité de ces deux points dont le second est très tardif dans son apparition. On le retrouve chez le lapin âgé de deux mois.

M. de Bourgare montre des *reproductions radiographiques de la cage thoracique*, prises les unes sur le vivant, les autres sur un pseudo-léthargique ne présentant pas tous les signes de la mort. La photographie du mort présente une netteté tout à fait spéciale les contours des viscères mobiles sur le vivant. M. de Borgare en conclut qu'il a trouvé dans l'emploi de la radiographie un signe certain de la mort.

M. Simon (de Nancy) adresse une note sur *la nature des granula* des cellules des tubes contournés du rein.

M. G. Cousin envoie une note sur la *nature biologique de l'endothélium vasculaire.*

M. Sabrazès (de Bordeaux). *Vitalité du bacille de Koch* incorporé au lait de vache. Du lait de vache stérilisé à l'autoclave, deux à trois heures après la traite, est ensemencé en surface avec du bacille de Koch et laissé pendant deux mois et demi à l'étuve à 39°. A cette date, il n'existe aucune différence entre ces laits, un lait témoin : le bacille tuberculeux ne s'est pas développé; l'analyse démontre que la proposition du milieu n'a pas varié. Le résultat est le même si le lait est préalablement neutralisé. Par contre l'inoculation en série au cobaye de ces laits ensemencés reste positive. Si le bacille tuberculeux ne se développe pas dans le lait même à la température optime de 39°, il n'en reste pas moins vivant dans ce milieu et cela pendant plusieurs mois. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 avril 1898.

L'examen des enfants de nourrice.

M. Duvernet montre l'utilité qu'aurait l'examen médical non seulement de la nourrice elle-même, comme il est fait aujourd'hui, mais de son enfant au point de vue de la prophylaxie des maladies contagieuses, de la syphilis en particulier.

L'infériorité physiologique des tissus.

M. Tuffier montre que nombre d'états pathologiques, dilatation de l'estomac, rein mobile, entéroptose varicocèle sont l'expression d'une véritable débilité des tissus. Le traitement médical et surtout hygiénique est le seul indiqué contre cet état général. Il doit être essayé d'abord contre les accidents localisés. La chirurgie n'entre en jeu que pour réduire l'organe déplacé, le maintenir ou le fixer: mais il est absolument nécessaire de remplir deux conditions : 1° l'organe attaqué doit être certainement l'origine unique ou principale des accidents multiples observés: 2° tous les moyens médicaux doivent être épuisés. Ces deux conditions sont d'autant plus nécessaires que le succès opératoire, pour très brillant qu'il soit, peut être suivi d'un succès thérapeutique éphémère ; souvent même, la récidive est fréquente à brève échéance chez ces malades dont les cicatrices ne valent pas mieux que les tissus normaux.

Radiographies instantanées.

M. Pinard présente des radiographies de bassins de fœtus obtenues en trois secondes de pose et des radiographies de bassins adultes obtenues en soixante-dix secondes.

Traitement médical de l'épilepsie.

M. Maurice de Fleury, opposant au traitement chirurgical récemment préconisé le traitement hygiénique et médical du mal comitial, propose deux ordres de moyens: les uns visant l'hygiène du tube digestif (régime alimentaire, lavage de l'estomac) ; les autres ayant trait à l'hygiène de l'appareil circulatoire (médicaments cardiaques, injections de sérum, etc.). Les injections de sérum accroissent dans de fortes proportions les effets du bromure, auquel on doit les associer; elles ont, en outre, l'avantage d'être diurétiques, de relever la pression artérielle, de maintenir l'intégrité des fonctions intellectuelles, d'améliorer le caractère et l'état mental. Dans les cas graves, M. de Fleury propose le lavage du sang (saignée et transfusion de sérum artificiel combinés). Basé sur cette idée, que bien des cas de mal comitial sont dus à des troubles digestifs suivis d'auto-intoxication, ce traitement donnerait des résultats nettement supérieurs au traitement simple par le bromure.

La déclaration obligatoire de la lèpre.

M. Proust propose, au nom du Conseil d'hygiène, l'inscription de la lèpre sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire en Algérie. Les conclusions de son rapport sont adoptées par l'Académie.

M. Hallopeau, qui a eu, pendant le dernier semestre, à donner des soins à plus de vingt lépreux français, demande que la déclaration soit aussi décrétée obligatoire en France.

M. Brouardel ne pense pas que la lèpre soit encore devenue une maladie assez répandue pour nécessiter cette mesure.

Elections.

Est déclarée la vacance d'une place d'associé libre en remplacement de M. Mesnet.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Empis sur les candidatures à deux places d'associé national. Ordre de classement : 1re ligne : M. Grasset (de Montpellier) ; 2e ligne : M. Pitres (de Bordeaux) ; 3e ligne : M. Gibert (du Havre).

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 29 avril 1898. — Présidence de M. Porte.

Applications thérapeutiques du suc gastrique de chien.

M. Frémont résume une communication sur ce sujet au Congrès de Montpellier. Il a obtenu par cet agent thérapeutique des améliorations dans des cas de choléra nostras, d'entérite chronique, de dyspepsies anciennes. Plusieurs de ces malades excessivement maigres ont augmenté de poids rapidement. L'administration du suc gastrique est contre-indiquée dans les cas d'hyperchlorhydrie et dans le cancer.

M. Mathieu désirerait connaître l'action physiologique du suc gastrique administré. Il désirerait savoir à quelle dose il est donné, si le malade suivait un régime, si un autre traitement n'aurait pu, en pareil cas, donner les mêmes résultats. Il demande à M. Frémont si c'est par expérience qu'il contre-indique le suc gastrique dans l'hyperchlorhydrie, ou si c'est *a priori* ; à l'heure actuelle, il est démontré que les acides sont les meilleurs agents qui diminuent l'hyperchlorhydrie. Il signale un cas où expérimentalement il a pu constater cette action des acides.

M. Frémont *a priori* n'a pas voulu administrer le suc gastrique chez les hyperchlorhydriques, car il ne croyait pas qu'il bénéficieraient de ce traitement fort coûteux. Dans un seul cas, il l'administra sans résultats. Tous les malades chroniques qu'il a traités étaient depuis longtemps soumis à des régimes qui ne les avaient pas améliorés. La suggestion ne peut être invoquée, la plupart des malades ne savaient ce qu'ils prenaient. Le suc gastrique est administré au milieu du repas, pur, ou dans de la bière ; les doses sont variables selon l'état du malade et la richesse du suc gastrique en acide. La dose moyenne est de 60 grammes chaque fois.

A propos de la thérapeutique du lymphatisme.

M. Gallois, après avoir critiqué les diverses doctrines émises, conclut : les scrofuleux et les lymphatiques ont presque tous des lésions du naso-pharynx. L'adénite cervicale strumeuse paraît due à une infection naso-pharyngienne, atténuée ; cette affection est un facteur important dans la pathogénie du lymphatisme. M. Gallois substitue absolument à la théorie ancienne de la diathèse le fait des végétations adénoïdes. Il espère que ses contradicteurs se convaincront en examinant le naso-pharynx des malades qu'ils auront à observer. J. N.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE.

Sixième session tenue à Paris du 14 au 16 avril 1898. (*Suite.*)

Deux cas d'éclampsie puerpérale sans attaques d'éclampsie.

M. Budin (de Paris). — Il arrive parfois qu'on croit voir survenir des accès convulsifs chez des femmes qui sont en imminence d'éclampsie. Généralement ces accès éclatent ; quelquefois cependant, ils n'apparaissent pas. Quand les accès ne surviennent pas, la femme guérit généralement; parfois cependant les malades succombent. M. Budin rapporte deux observations d'éclampsie non accompagnées d'accès qui rentrent dans la catégorie des faits que M. Bar a proposé de classer sous le nom d' « éclampsisme ». La première observation est celle d'une femme primipare de 31 ans, arrivée à terme, qui entra à la Maternité le 16 décembre 1897 ; elle présentait des signes prodromiques d'éclampsie et elle avait une notable quantité d'albumine dans ses urines, gastralgie, céphalalgie, troubles visuels, état cérébral singulier. Après l'accouchement spontané d'un enfant vivant, elle eut une petite hémorragie qui nécessita une délivrance artificielle. La perte de sang ne dépassa pas 800 grammes. Les phénomènes prodromiques de l'éclampsie s'accentuèrent, l'état général s'aggrava et malgré tous les soins qui lui furent donnés d'une façon continue, la malade succomba sept heures après l'accouchement. Elle n'avait pas eu d'attaque d'éclampsie. A l'autopsie, on trouva, au niveau des reins, les lésions caractéristiques ; le foie lui-même présentait des taches ecchymotiques dessinant des contours géographiques, comme on en voit dans l'éclampsie. Dans le second cas, il s'agissait d'une femme, également primipare, qui avait continuellement de l'oppression, et qui entra le 15 mars à la Clinique Tarnier. Elle avait de l'albumine dans ses urines, des troubles de la vue, etc. La considérant comme étant en imminence d'éclampsie, on la soigna; elle accoucha le 22 mars sans avoir eu d'accès, bien qu'on crût à chaque instant en voir survenir. L'enfant pesait 2.100 grammes. Le placenta, qui ne pesait que 350 grammes, présentait des régions atrophiées et de nombreux foyers hémorragiques anciens et récents. Dans ces deux cas, les symptômes prodromiques de l'éclampsie existaient et les malades étaient considérées et soignées comme des éclamptiques. La seconde a guéri, mais outre les symptômes qu'elle avait présentés, on trouvait au niveau de son placenta les lésions souvent observées dans l'albumine et l'éclampsie. La première a succombé, bien qu'elle n'ait pas eu d'attaque véritable ; les lésions trouvées à l'autopsie au niveau des reins et du foie ne laissaient aucun doute. L'observation des prodromes de l'éclampsie a donc une très grande importance. Des malades peuvent avoir de l'auto-intoxication, se trouver véritablement en état d'éclampsie, sans qu'il y ait attaque. Les accès convulsifs étaient considérés autrefois comme le fait caractéristique de l'éclampsie. Ils demeurent toujours le fait capital dans la plupart des cas, mais ils ne constituent qu'un des nombreux symptômes, le plus frappant, il est vrai, de l'auto-intoxication; les autres signes ne doivent point être oubliés. Ils mettront sur la voie du diagnostic et permettront de recourir rapidement à un traitement actif.

M. Bar. — Le fait de l'accès est un phénomène capital, dont l'existence assombrit beaucoup le pronostic. Mais ce qu'il faut savoir, c'est que les cas d'éclampsie sans accès éclamptiques sont nombreux. M. Budin vient d'en rapporter deux exemples dont l'un s'est terminé par la mort. Dans ces cas, tout se borne à des phénomènes que j'ai caractérisés sous le nom d'*éclampsisme*. Je veux dire par-là que les accès éclamptiques sont remplacés soit par des névralgies intenses, comme j'ai pu en observer un cas chez une dame qui fut atteinte d'une névralgie extrêmement intense du trijumeau ; soit par des accès de manie, de diarrhée, etc. Ce qu'il y a à retenir, c'est qu'à côté des accès d'éclampsie vrais, on peut rencontrer des phénomènes d'éclampsisme tout autres et qui peuvent être suivis de mort.

M. Démelin. — Je pourrais rapporter dans ce sens une observation personnelle. Une dame présentait tous les prodromes de l'éclampsie; on s'attendait à voir survenir des accès. Il n'en fut rien. Mais survint de l'ictère suivi bientôt d'hémorrhagie urinaire, du nez, des gencives, si bien qu'on porta le diagnostic d'ictère grave. Ce fut aussi l'avis de M. Tarnier. L'accouchement se fit rapidement; l'ictère disparut ainsi que les hémorragies et la malade guérit.

M. Bar. — Une chose à remarquer dans ces faits, c'est que les malades peuvent mourir et mourir vite.

M. Gaulard. — Ce sont là faits intéressants, car ils ne sont pas connus des praticiens. Je demanderai à M. Bar si dans tous ces cas l'albuminurie est constante ?

M. Bar. — Il est difficile de répondre à M. Gaulard. Il faudrait pour cela une grande statistique. La question des albumines est extrêmement complexe et très discutée. Il faut savoir qu'il peut en exister de nombreuses variétés pendant la grossesse.

M. Gaulard. — J'ai pu observer une femme qu'on apporta dans mon service, dans le coma, et dont les urines ne contenaient pas d'albumine. Pas d'attaques d'éclampsie. La malade accoucha d'un enfant qui ne vécut que quelques heures. Et ce n'est que un ou deux jours avant l'accouchement que l'albumine se montra en masse compacte dans l'urine.

Un accouchement extrêmement laborieux suivi d'ictère grave avec coma. Guérison.

M. DÉMELIN et LANDAIS. — En janvier 1896, nous avons été appelés, le Dr Landais et moi, à donner des soins à Mme B..., dans les conditions suivantes : Femme de 39 ans, au terme de sa 3e grossesse; deux accouchements normaux avec enfants vivants. Pas d'albumine. Premières douleurs le 17 janvier. Le 18 au matin, dilatation de 5 centimètres. Première application de forceps par un médecin, mais infructueuse. Le 19, à deux heures du matin, la dilatation est complète. A trois heures, un autre médecin applique le forceps, sous le chloroforme; le forceps dérape; plusieurs applications infructueuses sont encore tentées. Le deuxième confrère essaie à son tour plusieurs applications avec même résultat. Le Dr Landais est alors invité à essayer d'intervenir. Il propose la version. Faute d'accord, il applique le forceps sur la tête mobile au détroit supérieur, mais sans avoir plus de chance. A six heures du matin, on laisse la malade se reposer; elle a été sous l'influence du chloroforme pendant trois heures et a subi une dizaine d'applications de forceps. Appelé, je trouvai cependant la patiente en assez bon état; mais les battements du cœur fœtal ne s'entendent plus; l'utérus est fortement rétracté sur le fœtus. Dans ces conditions, j'appliquai le basiotribe suivant les règles habituelles : l'instrument dérapa; une seconde application fut suivie du même succès. Que faire? Je tentai la version. Impossible d'aller saisir un pied tellement l'utérus était rétracté. Pour diminuer le volume du fœtus, j'abaissai, après beaucoup de fatigue et de temps, un bras dans le vagin, mais sans autre résultat. Enfin, je me décidai à faire l'embryotomie, c'est-à-dire l'éviscération pour arriver ensuite à la version forcée. J'y arrivai, mais après les plus grandes difficultés. Depuis la première basiotripsie, jusqu'à la fin de l'accouchement, il s'était écoulé plus de deux heures pendant lesquelles la malade avait été soumise aux inhalations de chloroforme. Suites de couches normales jusqu'au troisième jour où apparaît de l'agitation qui persiste le lendemain. Ce jour-là on note de l'albuminurie, des urines bilieuses, de l'ictère et de la fétidité des lochies. Injection utérine. Les jours suivants, l'état est le même : injection utérine à l'iode et au permanganate, lotions froides, piqûres de sérum artificiel, etc. Coma. Le 26, on constate une légère amélioration; le 27, la malade parle; amélioration le 28. Enfin, le 4 février, Mme B... est en pleine convalescence. Elle s'est rétablie complètement. Il s'agit dans cette observation d'un cas de dystocie complexe où l'utérus et le fœtus ont leur part. Le fœtus était gros (plus de 4.000 grammes), avait une tête très mal ossifiée; mais la source principale des difficultés a été l'utérus. Peut-être a-t-il été irrité par une application de forceps faite avant la dilatation complète. En tout cas, la lenteur du travail, la rupture prématurée des membranes ont favorisé la rétraction de l'organe sur le fœtus, rétraction qui devint telle à un moment donné que ni le forceps, ni même le basiotribe ne purent délivrer le fœtus de l'étreinte utérine. La version ne fut possible qu'après éviscération. La rétraction ne portait que sur le segment inférieur puisque la tête était mobile au-dessus du détroit supérieur, nouvelle cause de dérapement. Tandis qu'au-dessus de ce segment supérieur, la paroi utérine ne faisait pour ainsi dire plus qu'un avec le fœtus. La constriction était telle que le basiotribe lui-même ne put donner une prise solide. Les suites de couches ont été traversées par des accidents singuliers; il y a bien eu un peu d'infection caractérisée par une fièvre éphémère le cinquième jour, et de la fétidité des lochies. Mais dès le troisième jour avait paru l'ictère biliaire bientôt suivi d'agitation, puis de coma. Ces accidents ne sont-ils pas imputables à la dose considérable de chloroforme absorbée (l'anesthésie ayant en tout duré plus de cinq heures ?)

M. TREUB. — N'eût-il pas été bon dans ce cas, de faire la version de suite?

M. DÉMELIN. — C'est mon avis.

M. BUDIN. — Ce n'est pas tout à fait mon opinion. La dystocie par rétraction de l'anneau de contraction commence à être assez connue. J'ai vu à Edimbourg une pièce très intéressante à ce propos, dans le laboratoire de Barbour : une femme transportée à l'hôpital, mourut non accouchée. On fit la congélation du cadavre, et à la coupe, on trouva une tête descendue dans l'excavation; les épaules du fœtus étaient retenues par l'anneau de contraction qui décrivait autour d'elles un véritable sillon profond. Sur la coupe de l'utérus, la saillie faite par cet anneau était telle que l'utérus se trouvait nettement divisé en deux cavités distinctes, l'une supérieure, l'autre inférieure. Cette rétraction de l'anneau de contraction, quand elle se fait au-dessus de l'extrémité céphalique, peut, pendant la version par manœuvres internes, apporter de grands obstacles à l'évolution du fœtus et à son extraction. Nous l'avons observée dans les cas de travail prolongé, avec membranes rompues depuis longtemps, dans des cas où on avait employé des ballons pour provoquer l'accouchement prématuré; dans un cas où on avait fait usage de l'écarteur Tarnier, et même dans un fait où on tentait la version aussitôt après la rupture des membranes.

M. TREUB. — J'ai observé un cas où il y eut une véritable contusion du bras de l'enfant par l'anneau de Bandl.

M. MAYGRIER. — Quelle est la cause de la contraction de l'anneau de Bandl? C'est là une question préjudicielle. Le forceps n'y est-il pas pour quelque chose? Quand commence-t-elle? Existe-t-elle au début du travail? C'est le point difficile qu'il faudrait établir. Sa connaissance en permettrait le prophylaxie.

M. KEIFFER. — Où était situé cet anneau de contraction? Car il semble être soumis à des divergences de situation. Cependant, il paraît anatomiquement fixé par les auteurs. Or, l'anneau de contraction peut se faire sur toute la hauteur de l'utérus; le muscle utérin se rétracte derrière l'obstacle comme l'intestin derrière une scybale. Et ce n'est pas seulement au niveau de l'anneau de Bandl que la contraction a lieu.

M. BUDIN. — Aussi ai-je parlé seulement de l'anneau de contraction et non de l'anneau de Bandl.

M. GAULARD. — Il n'est pas besoin d'attendre pour avoir ces difficultés. Cette rétraction peut se faire dans les présentations de l'épaule négligées, mais elle peut s'observer aussi presque immédiatement après l'écoulement du liquide amniotique.

M. DÉMELIN. — Il y a deux sortes de rétraction utérine : *a*) la rétraction de l'anneau de contraction *primitive*, dont la cause nous échappe. Elle se voit soit avant, soit peu après la rupture des membranes; *b*) la rétraction *secondaire* à des applications réitérées de forceps, à des manœuvres sur l'utérus, etc. Dans tous ces cas, la rétraction peut siéger exclusivement au niveau de l'anneau de Bandl; ou bien elle peut s'accompagner de la rétraction du corps de l'utérus entier situé au-dessus de l'anneau.

Séance du 15 avril 1898.

Hémorragie de délivrance suivie de collapsus grave et traitée par la transfusion de sang humain; guérison.

M. MONTOYA (de Medellin) termine son observation par cette conclusion : « A remarquer une fois de plus les méfaits de l'ergot de seigle qu'on gagne à remplacer dans les hémorragies post-partum, par les injections intra-utérines d'eau à 50 degrés et les bains de siège faradiques qui sont le vrai procédé de choix pour l'inertie utérine pendant et après l'accouchement. A remarquer encore que le courant faradique s'appliquant les deux électrodes sur le ventre, ou l'une dans le col de l'utérus et l'autre sur la paroi abdominale, est moins efficace que le bain de siège faradique. »

Accouchements provoqués à la clinique Tarnier.

M. DUBRISAY (de Paris). — Dans huit observations, il s'agit de rétrécissements du bassin dans lesquels, sur les conseils de mon maître, M. le Pr Tarnier, j'ai provoqué l'accouchement au cours du neuvième mois, en me basant, pour faire accoucher les femmes, d'une part sur le degré de rétrécissement, et d'autre part sur le volume du fœtus et en particulier de la tête fœtale mesurée à l'aide du procédé de Perret. Sur ces 8 accouchements, un a été provoqué en mon absence, par mon ami le Dr Démelin, qui a bien voulu m'autoriser à le joindre aux 7 autres. Sur 8 observations, il en est une que dès le début, nous mettons à part, car après avoir provoqué le travail

à l'aide du ballon de M. Tarnier, on fut forcé, pour terminer, d'avoir recours à la symphyséotomie. L'enfant pesait ?.8?0 grammes. Tout se passa, du reste, pour le mieux, et la femme et l'enfant sortirent vivants de l'hôpital le trente-cinquième jour. Restent 7 accouchements dans lesquels nous avions provoqué le travail à l'aide du ballon du Pr Tarnier, auquel nous avons été forcé d'adjoindre, sauf dans un cas, soit l'écarteur de Tarnier, soit le ballon de M. Champetier de Ribes. Tous ces accouchements ont été provoqués dans les bassins modérément rétrécis, dont voici les dimensions du diamètre promonto-pubien minimum : 1 de 9 cent. 2 de diamètre; 2 de 9 centimètres; 3 de 8 cent.,6 à 9 centimètres; 1 de 8 centimètres. Sur ces 7 accouchements, 2 se sont terminés spontanément, 2 ont été terminés par des applications de forceps au détroit inférieur, pour résistance du périnée et insuffisance des contractions utérines; 2 par des versions pour défaut d'engagement de la partie fœtale. La mortalité maternelle a été nulle. Quant à la morbidité, 2 femmes ont eu de la lymphangite du sein pendant les suites de couches. En ce qui concerne les enfants, 6 sont sortis de l'hôpital en bon état. Un a succombé au vingtième jour, à de l'infection gastro-intestinale et à de la broncho-pneumonie. Comme il pesait 3.200 grammes à sa naissance, nous ne croyons pas qu'on puisse attribuer à la provocation de l'accouchement, la mort de cet enfant.

M. GAULARD. — Je suis très partisan de l'accouchement prématuré artificiel, mais je demanderai à M. Dubrisay sur quels renseignements il se base pour fixer le moment de l'intervention, dans quelles conditions il fait cette opération?

M. DUBRISAY. — Nous nous sommes basés surtout sur les dimensions relatives de la tête fœtale et du bassin. La dimension de la tête fœtale nous est donnée par le palper mensurateur, selon le procédé de Perret. Quant à la fixation de l'époque où l'accouchement devra être provoqué, on doit tenir compte non seulement du degré de rétrécissement, mais encore de la forme du bassin.

M. GAULARD, — Je crois que la forme du bassin est très importante. Mais il est un élément très important aussi que l'on ignore toujours, c'est le degré de réductibilité de la tête fœtale. Chez les primipares je n'aime pas provoquer l'accouchement prématuré. Souvent ces femmes accouchent seules.

M. BUDIN. — Il y a un point à mettre en relief dans la communication de M. Dubrisay. C'est que les suites de couches ont presque toujours été normales. Ceci a une grande valeur au point de vue de pronostic de l'accouchement prématuré.

Gangrène gravidique et puerpérale infectieuse en connexité avec la débilité de la personne, et rapports de cette affection avec d'autres maladies analogues survenant en dehors de la grossesse.

M. FAVRE (de La-Chaux-de-Fonds). — C'est une observation de gangrène greffée sur une plaie de la lèvre qui s'est agrandie chez une personne tuberculeuse présentant de l'albuminurie. Un microbe bacille provoquait cette gangrène, tandis que chez d'autres personnes ce bacille ne provoquait qu'une suppuration bénigne. Il s'agissait d'une personne débile. Ce même bacille fut trouvé en culture aussi sur un sujet débile souffrant d'une gangrène de l'oreille. Il fut trouvé encore en culture, sur un vieillard qui souffrait d'une gangrène sénile. Inoculé sur ce vieillard, il reproduisait la gangrène. Ce bacille n'est évidemment pas le seul, qui dans des conditions analogues, produit des gangrènes, car la littérature parle encore du bacille pyocyanique et du proteus avec lesquels notre bacille ne présente aucune analogie.

Quelques résultats de traitements différents dans l'éclampsie puerpérale.

M. FAVRE. — M. Favre rapporte 10 cas d'éclampsie dont 1 cas d'urémie ayant évolué absolument comme l'éclampsie. Dans 9 cas, le symptôme prédominant était la céphalalgie : cette dernière est donc un signe prodromique de première importance. Aussi toutes les fois que M. Favre observe chez une malade une céphalalgie intense, persistante, il la considère comme une éclamptique et fait chez elle l'accouchement provoqué au moyen d'éponges et complète par la dilatation manuelle. L'albuminurie n'est pas un signe constant dans l'éclampsie. Le signe de Niemeyer basé sur l'état du pouls, n'a pas grande importance pronostique, de même la température n'est pas toujours un élément pronostic de grande valeur. Dans trois cas traités par l'accouchement forcé, les malades guérirent, mais présentèrent des attaques un jour ou un jour et demi après l'accouchement. Elles n'en avaient pas présenté pendant la grossesse. Les enfants sont morts.

M. BUDIN. — M. Favre nous dit qu'il se base uniquement sur l'existence d'une céphalalgie intense chez une femme pour pratiquer chez elle l'accouchement forcé. Or, chez une de ses malades, les crises survinrent après les manœuvres alors qu'il n'y en avait pas encore eu pendant la grossesse. On peut donc se demander si les manœuvres exercées n'ont point provoqué l'apparition des accès chez une femme qui n'avait présenté jusque-là que des prodromes d'éclampsie. Est-il bien sûr que si, sans intervenir chirurgicalement, on avait rapidement soigné cette femme, on n'aurait pas évité les attaques d'éclampsie? Du reste, dans une autre observation de M. Favre, la céphalalgie à laquelle il attache une si grande importance a fait complètement défaut.

M. FAVRE. — J'ai observé la céphalalgie dans les neuf dixièmes des cas.

M. BUDIN. — Actuellement, presque tout le monde rejette l'accouchement provoqué chez les femmes en imminence d'éclampsie. Le traitement médical, avec le régime lacté absolu, peut réussir à conjurer l'éclampsie menaçante. Il n'est pas très rare de voir ainsi suivi de succès le régime lacté absolu. Du reste, l'accouchement provoqué ne fait rien contre l'auto-intoxication qui existe.

M. FAVRE. — J'ai vu le régime lacté donné pendant plusieurs jours ne pas empêcher l'éclosion de l'éclampsie.

M. DÉMELIN. — Les manœuvres pratiquées sur le col pour le dilater peuvent provoquer les accès d'éclampsie ou les exagérer si elles existent déjà. J'ai vu ainsi une femme éclamptique chez laquelle un maître appelé pratiqua l'évacuation rapide de l'utérus, sous le chloroforme; or, pendant tout le temps que durèrent les manœuvres, la malade eut des accès convulsif

M. SCHWAB (de Paris). — J'ai pu observer un cas qui semble en contradiction avec celui rapporté par M. Démelin; il s'agit d'une primipare âgée, présentant de l'éclampsie depuis 24 heures. Quand je vis la malade, elle était dans le coma; elle était enceinte de 7 mois et nullement en travail. Le traitement médical (saignée, chloral, etc.) ayant échoué, je fis l'accouchement systématiquement rapide, sous le chloroforme. L'accouchement se termina en 20 minutes. Or, pendant toutes les manœuvres, il n'y eut pas le moindre accès.

M. MAYGRIER. — Pendant la grossesse, quand existent des prodromes d'éclampsie, il faut instituer le régime lacté, mais le régime lacté exclusif; quand il est continué pendant 8 jours, l'éclampsie est conjurée.

M. GAULARD n'est pas partisan non plus, de l'accouchement provoqué, en cas d'imminence d'éclampsie. Il se souvient d'avoir vu une femme présentant des prodromes d'éclampsie, chez laquelle un médecin provoqua l'accouchement; immédiatement, il y eut des attaques d'éclampsie et la femme mourut rapidement.

(*A suivre.*) L. M.

IXe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE

MADRID (10-17 AVRIL 1898)

Application de l'ozone à l'hygiène publique et à l'hygiène de l'alimentation à l'aide de procédés spéciaux.

MM. les Drs L.-R. REGNIER, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité, et Marius OTTO, docteur ès sciences. — De nombreuses recherches ont, depuis la découverte de l'ozone par Von Marius et Schönbein, établi les propriétés oxydantes, stérilisantes et antiseptiques de ce corps.

Des études et observations également nombreuses ont démontré son action bienfaisante dans le traitement des maladies des voies respiratoires, de l'anémie, etc.

On a donc cherché, avec des ozonateurs artificiels, à faire

bénéficier les malades des bienfaits de l'ozone. Mais les appareils actuels ne donnent qu'un débit insuffisant et irrégulier.

Pour donner à chaque malade l'atmosphère qui lui convient, il faut pouvoir doser exactement l'ozone qu'on y introduit. C'est ce qu'on peut réaliser à l'aide de l'enregistreur et du titreur mélangeur, imaginés par le Dr Otto.

Ses ozonateurs, sans diélectriques, permettent également de fournir régulièrement des quantités quelconques d'ozone.

C'est la fabrication industrielle de l'ozone résolue, c'est-à-dire l'emploi de l'antiseptique idéal rendu pratique.

Nous pouvons, grâce à ces appareils, faire des atmosphères artificielles constantes dans leur composition au sein des villes. Nous pouvons stériliser les eaux de table, les eaux d'alimentation, les produits alimentaires, et nous étudions la stérilisation des eaux résiduaires des villes, faisant ainsi réaliser à la science sanitaire un de ses plus utiles progrès.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

PARIS: 12-16 AVRIL 1898.

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES ET D'HYGIÈNE

Séance du 14 *avril. — Présidence de* M. LE Dr LE ROY DE MÉRICOURT.

M. LOBIT (de Biarritz), lit un travail sur la démographie de Biarritz, de 1875 à 1897.

La population a été de 8.000 habitants en 1876 et 1877, de 9.000 en 1886, de 10.000 en 1891 et de 13.000 en 1896.

Dans cette période il y a eu : 5.414 naissances; 3.623 décès. Excédent des naissances sur les décès, 791. Proportion p. 100 des naissances par rapport à la population, 567.8. Proportion p. 100 des décès par rapport à la population, 375.8. Quelques observations et quelques enseignements se dégagent de ce travail :

1° Le chiffre moyen des naissances à Biarritz est supérieur de la moyenne en France (24,4 au lieu de 22,7);

2° La moyenne des décès à Biarritz (16.3 p. 100) est inférieure à celle de presque toutes les villes dont la statistique a été établie; — 3° L'excédent moyen des naissances sur les décès est à Biarritz de 8.10;

4° Les décès des vieillards au-delà de 65 ans est en moyenne de 27 p. 100 du total des décès. L'an dernier, cette moyenne a été de 38 p. 100 et la vie moyenne a été de 47 ans et 8 mois;

5° Les décès infantiles de 0 à 1 an ont été, dans les onze dernières années, de 285, soit 26 en moyenne annuelle et 18 p. 100 du total. En France, la moyenne est de 16.80 p. 100, et encore ce chiffre comprend-il le chiffre total des décès des enfants légitimes et illégitimes; la proportion de ceux-ci oscillant entre 20 et 77 p. 100 (68 p. 100 n'atteignent pas l'âge adulte);

6° Le relevé des décès des enfants de 1 jour à 2 ans, qui m'a semblé présenter de l'intérêt en raison des causes fréquentes de mortalité (alimentation, sevrage), nous révèle à Biarritz une moyenne annuelle de 39, soit 25 p. 100 des décès totaux et 16.8 p. 100 des naissances. Cette moyenne est certainement supérieure à la moyenne en France. Le Dr Lobit présente un projet d'instruction relative à l'alimentation de la première enfance.

M. B. DUPUY fait une communication sur l'efficacité de l'extrait de noyer iodophosphaté. Il fait l'historique des principes actifs fournis par les plantes médicinales.

M. DECROIX, au nom de M. le Dr Le Grix, lit un travail sur l'intoxication tabagique grave à forme aiguë, et M. le Dr BOUGON lit un travail sur l'abus du tabac.

M. PLANCOUARD, correspondant du ministère, présente à la section des sciences une étude sur les sanatoria de Berck, élevés par l'assistance publique de Paris en 1885.

M. E. DESNOS lit un travail sur les hématuries goutteuses et les hématuries calculeuses.

M. Paul CAGNY, vétérinaire à Senlis, lit un travail intitulé : *Considérations générales sur les boiteries des chevaux de courses.*

M. GÉLINEAU appelle l'attention de l'assemblée sur une cause peu connue encore du cancer du pharynx, la déglutition et l'expiration de la fumée du tabac par les narines, habitude qui existe chez un certain nombre de fumeurs.

M. BOULOUMIÉ lit un travail intitulé *Lutte contre la tuberculose*. Les principaux moyens pratiques à imposer sont : la police sanitaire des lieux publics ou ouverts au publics et des ateliers; l'obligation des crachoirs dans les ateliers et la défense absolue de cracher dans les lieux publics ou ouverts au public ; le renvoi des individus dangereux des administrations et des ateliers ; l'affichage dans les lieux publics, les ateliers et les écoles d'une instruction très brève et très précise faisant comprendre les dangers des crachats et l'importance de l'observation des mesures d'hygiène pour les travailleurs.

CORRESPONDANCE

IXe Congrès international d'hygiène.

Mon cher Rédacteur en chef,

Je vous ai tout d'abord esquissé les allures générales du début du Congrès ; je vais maintenant vous donner un court aperçu des travaux les plus importants.

Comme toujours, la prophylaxie des maladies contagieuses tient une large place.

M. FERRÉ (de Bordeaux), dans une étude très détaillée, cherche à déterminer les rapports de la diphtérie humaine et de la diphtérie aviaire et conclut que, comme pour la diphtérie humaine, celle des oiseaux se trouve liée à l'évolution de différentes espèces microbiennes parmi lesquelles deux surtout ont retenu son attention, l'une, qui prend le Gram et l'autre qui ne le prend pas; ce dernier semble analogue au coli-bacille, tandis que le premier possède toutes les propriétés morphologiques, biologiques et pathologiques du bacille de Lœffler. On ne peut donc nier l'étroite similitude des deux maladies et la possibilité de leur transmission de la volaille à l'homme et réciproquement. Les volailles atteintes de diphtérie devront donc être isolées surtout lorsqu'elles présentent des phénomènes paralytiques.

MM. Lœffler, Krause et Sprouck pensent en se basant sur l'étude du produit toxique de la diphtérie aviaire, que cette dernière diffère de celle de l'homme. M. Florente parlant des différents procédés préconisés pour préparer les toxines qui sont la base des sérums, croit que le Congrès devrait fixer une technique uniforme pour qu'on ait un sérum ayant toujours le même pouvoir curatif. Il ajoute que les antiseptiques ont causé beaucoup d'accidents dans le traitement des maladies microbiennes et notamment dans la diphtérie, et qu'il faudrait, pour cette dernière au moins, renoncer à leur emploi. MM. Janowski et Lœffler se joignent à l'orateur pour demander qu'on établisse un type de sérum normal qui permette de contrôler la puissance de ceux qu'on emploie dans les différents pays.

M. Sprouck propose qu'on ait partout un sérum d'au moins 100.000 unités. M. Chantemesse ne voit pas la nécessité d'établir cet échantillon normal international, il propose cependant, d'accord avec MM. Nocard et Calmette, la nomination d'une commission compétente chargée de faire des propositions en ce sens, au prochain Congrès, ce qui est adopté.

M. Sprouck (d'Utrecht), pour détruire les matières toxiques contenues dans les sérums, sans en altérer les propriétés immunisantes, a inauguré de les chauffer au bain-marie à 50° pendant une demi-heure. Des statistiques dressées dans différents hôpitaux hollandais ont montré les bons effets de cette précaution.

En ce qui concerne la fièvre typhoïde, j'aurais surtout à vous signaler le très important rapport de M. le Pr Chantemesse, sur la toxine typhoïde soluble et le sérum antitoxique. Mais je n'ai pas à y insister, puisqu'il a été publié *in extenso* dans le n° 16 du *Progrès médical* (p. 245).

M. le Dr Richard, médecin principal de l'armée, professeur au Val-de-Grâce, a fait une intéressante communication sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde dans l'armée et par l'armée. Depuis 1882, cette maladie subit une marche décroissante, grâce aux mesures de prophylaxie prises. En effet, lorsque la fièvre typhoïde est endémique ou épidémique dans un pays et que l'enquête a démontré qu'elle est due à l'eau de boisson, on applique deux ordres de mesures. La première consiste à fournir aux hommes de l'eau pure dans l'intérieur de la

caserne; la seconde, à les empêcher de s'infecter au dehors en buvant dans les débits.

Ces épidémies, soigneusement analysées, démontrent que leur cause est souvent la défectuosité du service des eaux, et lorsque, malgré la loi du 30 novembre 1892, les municipalités répugnent à faire connaître les causes des décès, l'armée fait éclater la lumière non sans peine souvent.

Mais les enquêtes faites par le service de santé militaire profitent aux municipalités en les renseignant exactement sur les dangers courus par leurs administrés et sur les remèdes à opposer aux conditions défectueuses signalées, qu'elles sont même souvent mises en demeure d'appliquer. Ainsi, grâce à l'armée, la salubrité pénètre peu à peu dans les villes.

M. Mendoza, s'appuyant sur les recherches qu'il a faites dans les eaux de l'Ebre, pense qu'à côté du bacille virgule type, il existe beaucoup d'espèces saprophytiques de ce microorganisme. M. Dunbar (de Hambourg), se fondant sur les résultats donnés par la méthode de Pfeiffer, conclut au contraire que beaucoup de vibrions isolés dans les eaux n'ont aucun rapport avec le microbe du choléra.

M. Behring (de Strasbourg), a fait également une importante communication sur la toxine du bacille tuberculeux. Depuis la découverte de Koch, on a cherché le vaccin de la tuberculose; la découverte de la tuberculine a fait son époque, mais on ne sait encore ce qui en restera. Si on soumet les bacilles de la tuberculose à une température de 160° et qu'on les dégraisse et qu'on obtienne l'extrait avec de l'eau glycérinée on a des corps albumineux qui présentent une virulence vingt fois plus grande. La spécificité de cette toxine est prouvée par son action sur le cobaye. On peut obtenir une antitoxine par des passages sur le cheval.

Dans le traitement par le sérum, il peut se produire des accidents mortels. Cela n'a d'importance chez les animaux, qu'au point de vue économique, mais il n'en est pas de même chez l'homme et tant qu'on ne sera pas sur d'éviter ces accidents le traitement sera impraticable. Il y aurait lieu aussi pour le sérum antituberculeux d'établir un contrôle international.

Pour terminer je vous citerai le travail de M. le Pr Calmette sur l'immunisation contre le venin des serpents, celui de M. Metschnikoff sur la toxine tétanique et les leucocytes de M. le Dantu sur la pourriture d'hôpital, et ceux de M. Bezançon sur le service d'inspection sanitaire des habitations, et Duhomeau sur l'hygiène des stations thermales et de l'alimentation.

Veuillez agréer, etc. L.-R. Regnier.

VARIA

Loi sur l'Exercice de la Pharmacie, ayant pour objet l'unification du diplôme de Pharmacien.

Article premier. — Désormais il ne sera plus délivré qu'un seul diplôme de pharmacien, correspondant au diplôme de 1re classe existant lors de la promulgation de la présente loi. Il n'est rien innové en ce qui touche le diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe créé par le décret du 12 juillet 187[illegible].

Art. 2. — Les pharmaciens reçus à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront plus exercer la pharmacie en France qu'à la condition d'avoir obtenu le diplôme de pharmacien délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur de pharmacie de l'État. Tout étranger, quoique muni du diplôme de pharmacien français, ne pourra exercer la pharmacie en France que si, par réciprocité, un Français pourvu du diplôme de pharmacien délivré par le pays auquel appartient cet étranger peut exercer la pharmacie dans ce pays.

Art. 3. — Les étudiants étrangers qui postulent le diplôme de pharmacien en France sont soumis aux mêmes règles de stage, de scolarité et d'examens que les étudiants français. Un diplôme spécial pourra être délivré aux étudiants étrangers sans leur conférer le droit d'exercer la pharmacie sur le territoire français. Les étudiants aspirant à ce diplôme seront soumis aux mêmes règlements et examens que les étudiants français. Toutefois, il pourra leur être accordé, en vue de l'inscription réglementaire, soit la dispense du stage en France, soit, pour l'inscription, une équivalence de grades ou diplômes obtenus à l'étranger, ainsi que des dispenses partielles de scolarité correspondant à la durée des études faites par eux à l'étranger.

Dispositions transitoires. — Pendant un délai de deux ans, à partir de la promulgation de la présente loi, les étudiants pourront être admis à s'inscrire au stage en vue du titre de pharmacien de 2e classe, conformément aux règlements en vigueur.

Un règlement d'administration publique fixera l'époque à laquelle le diplôme de pharmacien de 2e classe cessera d'être délivré. Les pharmaciens pourvus du diplôme de 2e classe pourront exercer sur tout le territoire de la République.

Association générale de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France.

Séance du 18 avril 1898.

Au début de la séance, 18 allocations de 600 francs sont accordées à des membres de la Société : 16 avec le caractère viager, 2 pour un an. M. A. J. Martin présente ensuite son rapport au nom d'une commission composée de MM. Passant et Chauffard. Ce rapport *sur les vœux soumis à la prise en considération de l'Assemblée générale* mérite d'être lu en entier. Les questions qui y sont traitées cette année sont de la plus haute importance. Les sociétés locales de la Loire ont proposé l'adjonction dans le sein de l'Association générale d'une caisse de retraites à l'adhésion de laquelle, d'ailleurs, pleine liberté serait laissée aux sociétaires; celle de la Haute-Loire prévoit la création d'une caisse d'indemnité de maladie et d'une caisse pour les pensions de retraite de droit, l'une et l'autre confiées à une administration financière spéciale, du choix du bureau de l'Association, mais sous son contrôle et sa responsabilité. M. Martin rappelle que la loi qui vient d'être votée accorde deux années pour se mettre en règle. Il propose donc de mettre ces vœux en considération et de les renvoyer à l'étude.

La Société de Châtillon-sur-Seine demande que les sociétés locales soient dans l'obligation d'envoyer gratuitement l'annuaire à tous leurs sociétaires. Après une discussion sur ce sujet à laquelle prennent successivement part MM. Boutequoy (Châtillon-sur-Seine), Reverchon (Haute-Marne), Blache, de Valiome, Maunoury (Chartres), Lannelongue, ce dernier demande et fait adopter que la question demeure à l'étude.

La Société de la Gironde demande que l'on enseigne dans chaque Faculté la déontologie en même temps que la législation sur l'exercice de la médecine. Le rapporteur rappelle que cet enseignement ne peut être, comme le disait l'an dernier le secrétaire général, donné utilement que dans les services d'hôpitaux par les médecins et chirurgiens qui sont à même de joindre devant leurs élèves la pratique à la théorie.

La Société de la Sarthe émet le vœu que les médecins étrangers naturalisés soient astreints au service militaire. Ce vœu est pris en considération.

La Société de Melun, Fontainebleau et Provins émet ce même désir d'égalité que les médecins étrangers ne puissent émarger aux budgets départementaux et communaux. La Société d'Alger demande que la faculté d'émarger aux budgets départementaux et communaux ne soit accordée aux médecins étrangers qu'à titre de *réciprocité*, c'est-à-dire lorsque leurs pays d'origine accordent la même faveur à nos nationaux y exerçant la médecine. Adopté.

La Société de l'Orne demande que tout médecin étranger qui demanderait à faire partie d'une association médicale alliée à l'Association générale, ne fût admis que « s'il s'engage à n'accepter aucun service de médecine publique ou administrative ».

La Société du Nord propose que, la réforme de la législation sur l'exercice de la pharmacie n'ayant pas abouti, l'exercice simultané de la profession de médecin avec celle de pharmacien soit prohibée par la nouvelle loi, même pour ceux possédant les deux diplômes, sauf dans les localités dépourvues de pharmacien. Ce vœu est pris en considération.

La Société de la Gironde demande : 1° que l'étudiant qui aura échoué un nombre déterminé de fois aux examens ou qui aura subi une condamnation infamante ne soit pas admis à poursuivre ses études médicales, 2° que le titre universitaire de docteur ne donne pas droit à l'exercice de la médecine, mais que ce droit soit conféré aux docteurs en médecine de nationalité française et n'ayant encouru aucune condamnation infamante par un jury professionnel composé d'un certain nombre de médecins pris en dehors du corps enseignant et présidé par un professeur de la Faculté. L'examen devant ce

jury devra porter sur des questions de pratique, sur la législation médicale et la déontologie. Ce vœu reste à l'ordre du jour.

La dernière question à l'ordre du jour a été relative à l'ordre des médecins. Le 14 octobre 1897, la Société de l'Aube a émis le vœu que le Conseil général de l'Association des médecins de France étudie les moyens de mettre désormais les médecins à l'abri des poursuites non justifiées de la justice dans les cas qui concernent l'exercice de la profession médicale. Comme le dit le Dr A.-J. Martin, cette question est des plus pénibles, et cette partie de son rapport où il résume l'historique et l'état de la question est des plus remarquables. Il conclut :

On a volontiers opposé aux difficultés que présente en France la création d'un Ordre de médecins les institutions similaires qui existeraient dans d'autres pays, notamment en Angleterre, dans divers Etats allemands et en Autriche. Dans notre rapport au Comité d'hygiène, nous avons fait l'exposé de ces législations qui viennent d'être complétées par une organisation analogue en Italie, nous en avons alors publié les textes. Il nous suffit de rappeler ici que ces diverses institutions participent en général à l'administration de la médecine publique ; elles forment l'un des rouages importants de cette administration dans leurs pays respectifs où le corps médical se fonctionnarise de plus en plus, et elles n'ont vraiment par suite qu'un rapport éloigné avec celles qu'on voudrait voir créer en France. Il est incontestable qu'en Angleterre, et là seulement, on trouve un conseil de discipline répondant aux *desiderata* exprimés par les défenseurs de l'Ordre des médecins. Mais il faut remarquer que ce conseil ne confère pas de grades, mais uniquement une licence d'exercice, et que s'il accorde celle-ci, il a droit par voie de conséquence directe, d'en prononcer le retrait, ce qui a lieu, en moyenne, trois fois au plus par an. En France, où l'Etat donne seul, avec le diplôme, le droit d'exercer la médecine, c'est l'Etat seul qui peut actuellement le suspendre ou l'interdire ; c'est d'ailleurs ce qu'a prescrit la loi du 30 novembre 1892, en réglant dans certains cas l'intervention du pouvoir judiciaire.

Il ne nous appartient pas d'insister davantage ; notre rôle consistait uniquement à exposer l'état de la question, telle qu'elle ressort de la nouvelle consultation demandée aux Sociétés locales. On voit que ces résultats n'autorisent pas votre Conseil général, à moins d'un vote spécial de l'Assemblée, et comme il le demandait aux Sociétés, à vous présenter un projet pour la constitution d'un Ordre des médecins.

Après un échange d'observations entre MM. Smester, Lassalle (Gironde), Lemaistre (Limoges), Yvonneau (Loir-et-Cher), Good (Deux Sèvres), Gairal (Ardennes), Donnezan (Pyrénées-Orientales), Gillot (Saône-et-Loire), etc., etc., M. Lannelongue termine en disant : Personne ne veut enterrer la question, seulement chacun de nous sent les difficultés qu'elle présente. Il faut une sanction, et pour cela, je crains qu'une loi ne soit nécessaire; elle nous enlèverait une partie de notre indépendance. Tout cela est grave, très grave et demande à être mûrement pesé.

Après avoir pris en considération les vœux de MM. Pinard et Rouyer de l'Orne, la trente-neuvième Assemblée générale de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France est close. Albin R.

Société de Médecine de Paris : affaire de la Pitié.

Nous avons reçu de cette Société la communication suivante que nous reproduisons à titre de document (1):

« La plupart des journaux, soit médicaux, soit politiques, ont reproduit et commenté la lettre vibrante d'indignation que les internes en Médecine de l'hôpital de la Pitié ont adressée au *Progrès médical*. Il s'agissait d'un ancien interne, ancien chef de clinique, qui venait de mourir à cet hôpital à la suite d'une opération grave, conséquence d'un mal inexorable ayant déjà nécessité l'amputation de l'index il y a quelques années. Une piqûre anatomique avait inoculé la tuberculose à notre malheureux collègue.

« Or, cette victime du devoir professionnel, ce chercheur qui a trouvé la mort en interrogeant les cadavres pour soigner les vivants, est mort à l'hôpital dénué de toutes ressources. Un fonctionnaire s'est rencontré pour refuser aux internes sous la forme du linceul réclamé, une parcelle du bien des pauvres à ce savant qui avait le grand tort de n'être pas riche. Ce que voyant, les internes organisèrent tout ce qui était relatif à l'enterrement de leur ancien collègue et firent une collecte à laquelle vinrent s'ajouter les fonds versés par les différentes sociétés savantes auxquelles appartenait le défunt. Quant au directeur de la Pitié, il ne s'occupa de rien : bien plus, il ne fit qu'entraver l'œuvre des internes et fut cause que l'Assistance publique, à laquelle il représenta notre confrère comme un homme aisé, refusa net de s'associer aux obsèques.

« M. Réville, professeur au Collège de France, ami de la famille du défunt, dont il fut le correspondant au cours de ses études, ignorant l'attitude généralement hostile des fonctionnaires des hôpitaux à l'égard des médecins, avait cru très sincèrement — tant la chose lui paraissait naturelle — que le convoi avait été réglé par le Directeur de la Pitié. Il en résulta que M. Réville, qui sait vivre, adressa une lettre de remerciements, non pas aux internes organisateurs, mais au Directeur qui avait à peu près tout empêché. Celui-ci, s'armant de cette lettre, fit passer dans les hôpitaux et même dans la Presse, une circulaire dans laquelle la lettre de M. Réville est reproduite et où les internes de la Pitié sont traités tout simplement d'idiots. Le mépris fut leur réponse, la seule digne d'eux.

Tous ces détails ont été apportés à la tribune de la Société de Médecine dans la réunion du 23 avril, par M. Buret qui fait provisoirement fonction de secrétaire général : il conclut en demandant à ses collègues de voter un ordre du jour félicitant les internes et flétrissant l'odieuse conduite du Directeur de la Pitié. M. Plicque, chirurgien des hôpitaux, proposa d'adresser le blâme à l'administration de l'Assistance publique en général, seule responsable, et d'émettre le vœu que les internes et externes puissent être soignés de droit dans les hôpitaux de leur choix. Fondant ensemble ces deux ordres du jour, la Société a voté à l'unanimité le texte suivant:

« La Société de Médecine de Paris, émue des incidents qui ont accompagné la mort de son regretté secrétaire général, M. MARTIN DURR, à l'hôpital de la Pitié, proteste contre les errements habituels de l'Administration de l'Assistance publique et en particulier contre son attitude dans la circonstance actuelle. Elle félicite hautement et remercie les internes en général, anciens et nouveaux, et tout spécialement ceux de la Pitié, pour le noble exemple de solidarité confraternelle qu'ils viennent de donner. Elle émet, en outre, le vœu qu'à l'avenir les internes et externes des hôpitaux, anciens et en exercice, puissent être soignés aux frais de l'Administration dans tous les hôpitaux de Paris. »

« Disons tout de suite que l'Administration n'a pas osé réclamer les quelques francs dus par notre pauvre collègue pour les deux jours qu'il a passés à la Pitié avant de mourir. La Société de Médecine de Paris a décidé en outre que l'ordre du jour ci-dessus, accompagné d'une notice résumant les faits, serait imprimé par les soins du secrétaire général et adressé : 1° à l'Administration de l'Assistance publique ; 2° à la Faculté de Médecine et au laboratoire d'histologie; 3° à la salle de garde des internes en Médecine de la Pitié et à celles des autres hôpitaux; 4° aux principaux journaux médicaux et politiques. » Pour résumé conforme,

Le secrétaire général par intérim : Dr F. BURET.

Affaire Heim.

Nous avons tenu régulièrement nos lecteurs au courant de cette malheureuse affaire et reproduit les décisions du Conseil de l'Université et du Conseil supérieur. Enfin dans le n° du 16 avril du *Progrès médical* (p. 2[illegible]3) nous avons cité un passage d'un article publié dans la *Tribune médicale* du 23 mars, par notre ami M. Laborde.

M. Heim nous a adressé le 21 avril la copie d'une lettre envoyée par lui à la *Tribune médicale*. Nous nous empresserons d'insérer la lettre de M. Heim à *M. Laborde* dès que celui-ci l'aura publiée en y joignant s'il y a lieu sa réponse.

En attendant nous ferons remarquer qu'il s'est écoulé près d'un mois entre l'article de M. Laborde et l'envoi de la réponse de M. Heim à cet article. B.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 2. — 1er *de Doctorat*. MM. Kirmisson, Jalaguier, Sebileau. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Reclus, Rémy, Poirier. — (2e *série*). MM. Humbert, Tuffier, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Delens, Bonnaire, Walther. — (2e *série*) : MM. Monod, Varnier, Broca. —

(1) Voir le n° 16 du *Progrès médical*, p. 251.

(2e *partie*) : MM. Déjerine, Gaucher, Gilles de la Tourette. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Tillaux, Marchand, Ricard. — (2e *série*) : MM. Terrier, Segond, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Marie, Widal.

Mardi 3. — 1er *de Doctorat* : MM. Polaillon, Quénu, Thiéry. 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Schwartz, Rémy, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Richelot, Bar, Nélaton. — (2e *partie*).(1re *série*) : MM. Raymond, Marie, Letulle. — (2e *série*) : MM. Hutinel, Ballet, Achard. — (3e *série*) : MM. Grancher, Charrin, Marfan. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Gilbert, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Berger, Campenon, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Chantemesse, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Debove, Roger.

Mercredi 4. — Médecine opératoire : MM. Marchand, Ricard, Walther. — 1er *de Doctorat* : MM. Delbet, Retterer, Sébileau. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Kirmisson, Rémy, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Potain, Déjerine, Widal. — (2e *série*) : MM. Joffroy, Marie, Gilles de la Tourette. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : Monod, Humbert, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Delens, Reclus, Lejars. — 3e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Ribemont-Dessaignes, Varnier, Bonnaire.

Jeudi 5. — Médecine opératoire : MM. Richelot, Nélaton, Thiéry. — 1er *de Doctorat* : MM. Schwartz, Rémy, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Raymond, Blanchard, Gley — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Chantemesse, Gilbert, Achard. — (2e *série*) : MM. Proust, Charrin, Marfan. — (3e *série*) : MM. Grancher, Ménétrier, Letullle. — (4e *série*) : MM. Dieulafoy, Netter, Roger.

Vendredi 6. — 1er *de Doctorat*. (1re *série*) : MM. Marchand, Segond, Poirier. — (2e *série*) : MM. Jalaguier, Delbet, Sebileau. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Humbert, Ricard, Retterer. — (2e *série*) : MM. Rémy, Reclus, Broca. — 3e *de Doctorat*. (2e *partie*) : MM. Hayem, Marie, Widal. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Gaucher, Netter. — 5e *de Doctorat*. (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Tillaux, Kirmisson, Walther. — (2e *série*) : MM. Terrier, Monod, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Potain, Déjerine, Gilles de la Tourette. — 5e *de Doctorat*). (1re *partie*). Obstétrique : MM. Ribemont-Dessaignes, Varnier, Bonnaire.

Samedi 7. — Médecine opératoire : MM. Berger, Quénu, Albarran. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Remy, Gley, Thiéry. — (2e *série*) : MM. Polaillon, Richelot, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Hutinel, Roger, Ménetrier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Schwartz, Campenon, Nélaton. — (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Chantemesse, Ballet, Marfan. — (2e *série*) : MM. Raymond, Gilbert, Achard. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 4. — M. Calmels. Des divers traitements du lupus érythémateux et en particulier du traitement par les courants à haute fréquence. — M. Colas. Contribution à l'étude de la tuberculose vesicale et de son traitement chirurgical. — M. Haidoutoff. Essai comparatif sur le traitement de la blennorrhagie par les lavages urétro-vésicaux au protargol et au nitrate d'argent. — M. Charbonnel. Les champignons ; leurs rapports avec l'hygiène et la médecine légale. — M. Petit. Considération d'ensemble sur la bactériologie du rhumatisme articulaire aigu (Etude historique et critique).

Jeudi 5. — M. Fromageot. De la kératite neuro-paralytique d'origine syphilitique. — M. Chabry. Sténose du col de l'utérus. Son traitement. — M. Souleyre. Neurasthénie et génitopathies féminines (Etude des formes utérines secondaires de la névrose). — M. Ratner. Les psychoses et les neuroses puerpérales.

Enseignement médical libre.

Cours pratique d'ophtalmologie. — M. le Dr A. Terson, chef de clinique, recommencera le mardi 10 mai, à 5 heures, à l'Hotel-Dieu, des conférences pratiques : 1° ophtalmoscopie clinique (avec malades) : rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales ; 2° chirurgie oculaire (avec exercices par les élèves). — M. F. Terrien, chef du laboratoire, recommencera le mercredi 11 mai à 5 heures, des conférences pratiques : 1° Anatomie normale et pathologique de l'œil (avec pièces et technique micrographique), 2° bactériologie clinique de l'œil. Chaque cours durera six semaines : le premier aura lieu les mardi, jeudi et samedi à 5 heures, le second les lundi, mercredi et vendredi a la même heure.

Embryologie. — M. le Dr Dareste commencera les conférences pratiques d'embryologie normale et tératologique le mardi 3 mai et les continuera les samedi et mardi de chaque semaine Laboratoire de tératologie a l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine (batiment du musée Dupuytren).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 10 avril au samedi 16 avril 1898, les naissances ont été au nombre de 1.352, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 510, illégitimes, 195. Total, 705. — *Sexe féminin* : légitimes, 448, illégitimes, 129. Total, 647.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 10 avril au samedi 16 avril 1898, les décès ont été au nombre de 1.103, savoir : 604 hommes et 499 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 3. T. 8.— Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.— Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 17, F. 15, T. 32.— Scarlatine : M. 2, F. 6, T. 8, — Coqueluche : M. 3, F. 1, T. 4. — Diphtérie, Croup : M. 6. F. 3, T. 9. — Grippe : M. 3, F. 2, T. 5. — Phtisie pulmonaire : M. 130, F. 79, T. 209. — Méningite tuberculeuse : M. 19, F. 9, T. 26. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 10, T. 22. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 10, T. 11. — Tumeurs malignes : M. 22, F. 36, T. 58. — Méningite simple : M. 18, F. 12, T. 30. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 19, F. 27, T. 46. — Paralysie, M. 6, F. 5, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 4, T. 9.— Maladies organiques du cœur : M. 31, F. 29, T. 60 — Bronchite aiguë : M. 12, F. 6, T. 18.— Bronchite chronique : M. 15, F. 20, T. 35.— Broncho-pneumonie : M. 31, F. 34, T. 65. — Pneumonie : M. 23, F. 20, T. 43. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 30, F. 24, T. 54.— Gastro-entérite, biberon : M. 20, F. 6, T. 26. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 6, T. 10. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 1, T. 4. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 14, F. 21, T. 35. — Sénilité : M. 11, F. 33, T. 44. — Suicides : M. 13, F. 7, T. 20. — Autres morts violentes : M. 11, F. 8, T. 19. — Autres causes de mort : M. 72, F. 84, T. 166. — Causes restées inconnues : M. 11, F. 2, T. 13.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 73, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 37, illégitimes, 7, Total : 44. — *Sexe féminin* : légitimes, 18, illégitimes, 11. Total : 29.

Clinique d'accouchement Tarnier (89, rue d'Assas). — M. le Pr P. Budin commencera ses leçons de cliniques le samedi 30 avril à 9 heures du matin et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Faculté de Médecine de Lyon. — M. Bretin (Philippe-Marie), pharmacien de première classe, est nommé, du 1er avril au 30 octobre 1898, chef des travaux de matière médicale, en remplacement de M. Beauvisage, démissionnaire.

Ecole de Médecine d'Angers. — Un concours s'ouvrira le 24 octobre 1898, devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers pour l'emploi de chef des travaux d'histologie à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. Sont et demeurent rapportées les dispositions de l'arrêté du 25 octobre 1897, fixant au 9 mai 1898 l'ouverture d'un concours pour l'emploi de chef des travaux de médecine opératoire à ladite école.

Ecole de Médecine de Limoges. — Un concours s'ouvrira le 7 novembre 1898 devant la Faculté de Médecine de Bordeaux pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de Médecine de Limoges. — Un concours s'ouvrira le 7 novembre 1898 devant la Faculté de Médecine de Bordeaux pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de Médecine de Limoges. — Un concours s'ouvrira le 7 novembre 1898 devant l'Ecole de Médecine de Limoges, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite Ecole. Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Ecole de Médecine de Rouen. — Un concours s'ouvrira le 3 novembre 1898, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie a l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. — M. Buglet, ancien suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, à dater du 1er avril 1898, d'un cours de physique.

Service de santé militaire. — MM. les Médecins de 1re classe Castellan (H.-L.), désigné pour aller servir aux troupes à Madagascar, et Tricard, du service général à Cherbourg, sont autorisés a permuter. M. Tricard prendra passage sur le paquebot partant de Marseille le 10 mai 1898. — MM. les Médecins de 2e classe Etourneau, prosecteur d'anatomie à l'ecole annexe de médecine navale de Toulon, et Viguier, prosecteur d'anatomie à l'ecole

annexe de médecine navale de Rochefort, sont autorisés à permuter.

Liste de départ pour les colonies de MM. les Médecins principaux de 1re et de 2e classe du service des troupes de la marine. — 1° *Médecins principaux* : MM. Cauvet, Trabaud, Vautalon, Négadelle, Alix (P.-M.), Prat, Curet, Alix (L.) — 2° *Médecins de 2e classe* : MM. Branellec, Vallot, Reboul, Fortoul, Percheron, Arami. — 3° *Médecins de 2e classe* : Porquier, Mesny, Porre, Malliu, Binard.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Pour le service de santé, l'inspecteur général nommé pour 1898, est le médecin inspecteur général DUJARDIN-BEAUMETZ.

SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES DE DANEMARK. — La Société royale des sciences de Danemark, de Copenhague, le 18 avril, a nommé M. le Pr Moissan (de Paris), membre étranger.

CONGRÈS POUR LA PROTECTION DES ENFANTS ABANDONNÉS. — Un congrès international se réunira à Anvers, le 6 juin prochain, sous la présidence de M. Jules Lejeune, pour traiter de la protection due aux enfants moralement abandonnés et du patronage des condamnés libérés. Au programme de ce congrès est l'organisation de l'enseignement professionnel dans les maisons d'internement, la défense et la protection des enfants traduits en justice, la création d'asiles pour les jeunes mendiants et vagabonds. Pour les condamnés libérés, le congrès étudiera les moyens d'empêcher la récidive immédiate, la création d'asiles permanents pour certains libérés, les conférences à donner aux prisonniers. Il s'occupera encore des bureaux de placement, du travail dans les maisons de refuge, enfin du patronage des aliénés, avant, pendant et après leur séjour à l'asile. On voit que la matière est complexe et les sujets d'étude on ne peut plus intéressants

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* : MM. le Dr Billon, membre de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance; M. le Dr Camus, de la Société botanique de France; M. le Dr Dupuy, de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques; M. le Dr Fabre, de la Société des sciences médicales de Gannat; M. le Dr Lambert, médecin principal de marine, en retraite.

MÉDECINS CANDIDATS DÉPUTÉS. — Dans l'arrondissement de Sarlat, dont la situation politique paraît assez troublée, M. H. Molènes se présente comme républicain progressiste contre le Dr Sarrazin, député sortant. — Dans le Pas-de-Calais, M. Rose, républicain sortant, aura pour concurrent dans la 1re circonscription d'Arras, M. le Dr Goudemand, socialiste.

BANQUET DU Pr BUDIN. — Les amis et les élèves du Dr Budin ont l'intention de lui offrir un banquet à l'occasion de sa nomination de professeur. La réunion aura lieu le mardi 10 mai à 7 h. 1/2 précises, à l'Hôtel Continental. Prière instante de faire parvenir les adhésions avant le 2 mai à l'un des commissaires du banquet. Prix de la cotisation : 20 francs. Commissaires du banquet : M. le Dr Louis Dubrisay, 6, rue de Marengo; M. Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris.* — Ce concours sera ouvert le vendredi 3 juin 1898, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3. MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 2 mai 1898 et sera clos définitivement le lundi 16 du même mois, à trois heures.

Concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le jeudi 26 mai 1898, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mercredi 27 avril, et sera clos définitivement le mardi 10 mai, à trois heures.

Nominations. — M. le Dr MAURIAC, ancien médecin de l'hôpital Ricord, est nommé médecin honoraire des hospices et hôpitaux de Paris. — M. le Dr BOISSARD est nommé médecin-accoucheur à l'hôpital Tenon et M. le Dr LEPAGE est nommé médecin-accoucheur à l'hôpital de la Pitié.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices.* — Le concours annuel pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le lundi 6 juin 1898, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3. MM. les internes sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours. Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, de onze heures à trois heures, du lundi 9 mai au samedi 21 du même mois inclusivement.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort du Dr DRAGENDORFF, ancien professeur de pharmacologie et de chimie toxicologique à la Faculté de Médecine de Dorpat-Yourier, correspondant étranger de l'Académie de Médecine de Paris. Entre autres travaux il avait publié un traité de toxicologie. — M. le Dr ZAMAROL, médecin de l'hôpital grec d'Alexandrie. — M. Aimé GIRARD, membre de l'Institut, officier de la Légion d'honneur. Il y a dix jours, M. Aimé Girard avait contracté un léger rhume qui a dégénéré en pneumonie. M. Aimé Girard était né en 1830. Il était, depuis 1871, professeur au Conservatoire des Arts et Métiers où il occupait la chaire de chimie industrielle. Ses titres scientifiques sont considérables. On lui doit entre autres de remarquables travaux concernant la culture de la betterave et de la pomme de terre; son intervention, en cette matière, a rendu de signalés services, tant à l'agriculture qu'aux industries du sucre, de l'alcool et de la fécule. En 1894, il avait été élu membre de l'Académie des Sciences, où il avait succédé, dans la section d'économie rurale, à M. Chambrelent. M. Aimé Girard était également membre de la Société nationale d'agriculture.

Chronique des Hôpitaux.

ASILE CLINIQUE. (Sainte-Anne.) — *Clinique des maladies mentales* : Pr JOFFROY, le samedi à 10 heures.

HÔPITAL ANDRAL. — MM. Albert MATHIEU et Maurice SOUPAULT feront à l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, des conférences cliniques sur les maladies de l'appareil digestif, le vendredi, à 10 heures du matin, à partir du 29 avril.

Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac. — MM. Albert MATHIEU, médecin de l'hôpital Andral, Maurice SOUPAULT, ancien interne des hôpitaux de Paris, J.-Ch. ROUX, interne des hôpitaux et LABOULAIS, ancien interne en pharmacie, commenceront, le 16 mai 1898, une série de conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. Ce cours durera deux mois. Les élèves seront exercés individuellement aux manipulations indispensables pour le diagnostic. Se faire inscrire : au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr SABOUREAU, le mardi à 10 heures, dans le laboratoire de l'Ecole, leçons théoriques et pratiques *sur les maladies du cuir chevelu.*

INFIRMERIE DE SAINT-LAZARE, 107, faubourg Saint-Denis. — *Enseignement libre. Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie, syphiligraphie et gynécologie.* — Ces cours sont faits deux fois par an par les médecins et chirurgiens de l'Infirmerie spéciale de Saint-Lazare. La deuxième série commencera le mardi 3 mai, à dix heures et demie du matin, et se continuera les jeudi, samedi et mardi suivants à la même heure. Seront admis à suivre ces cours les docteurs en médecine et les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions qui se seront fait inscrire chez M. le directeur de la maison de Saint-Lazare qui leur remettra une carte d'entrée. — Ces cours seront faits : Le mardi par M. CHÉRON, *gynécologie*; le jeudi par M. JULLIEN, *vénéréologie*; le samedi par M. VERCHÈRE, *syphiligraphie*, et seront complets en dix-huit leçons.

HÔTEL-DIEU. — *Clinique chirurgicale.* — M. le Pr DUPLAY, le mardi et le vendredi à 10 heures.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

OBSTÉTRIQUE

Clinique d'accouchements Tarnier. — Leçon d'ouverture.

Le Professeur TARNIER;

par Pierre BUDIN.

Messieurs,

En prenant possession de cette chaire, mes premières paroles seront des paroles de remerciement pour les professeurs qui, à la presque unanimité, m'ont désigné pour l'occuper. Je les remercie pour l'accueil si bienveillant qu'ils m'ont fait; je remercie particulièrement M. le Doyen, le Pr Brouardel; non seulement il m'a donné son appui scientifique, mais encore pendant une longue et pénible période de ma vie, il m'a soigné avec un dévouement et une constance dont je lui serai toujours profondément reconnaissant. Je remercie également les Prs Bouchard et Potain qui, dans les mêmes circonstances, m'ont prodigué leurs savants conseils et n'ont pas hésité à venir à mon chevet, même quand je me trouvais éloigné de Paris.

La tâche qui m'incombe est lourde, il me faut succéder à Tarnier dans sa chaire, et mon premier devoir est de rendre hommage à sa mémoire. Mais que vous dire après tous les éloges qui ont été prononcés sur sa tombe, après tout ce qui a été si excellemment dit ici même par M. le professeur agrégé Paul Bar qui le remplaçait lorsqu'il a succombé, après tout ce qui a été écrit par MM. Maygrier, Vidal (d'Hyères), Huchard, Dureau, Heinricius (d'Helsingfors), et tant d'autres dans la presse française et étrangère?

Tarnier naquit à Aizeray, dans la Côte-d'Or, en 1828. Quelques années plus tard, son père, qui était médecin, vint s'installer à Arc-sur-Tille, et c'est dans ce village que, jusqu'à la fin de sa vie, Tarnier aimait à passer ses vacances. Il commença ses études de médecine à Dijon, de 1846 à 1848, puis il se rendit à Paris pour les achever. Mais pendant le choléra qui sévit en 1849, il retourna près de son père pour l'aider. L'épidémie terminée, il revint dans la capitale, fut nommé externe des hôpitaux en 1850, interne provisoire en 1852, interne titulaire en 1853, le deuxième de sa promotion.

A l'exception de quelques notes peu importantes à la Société anatomique, à l'exception d'un court travail présenté à la Société de Biologie, en collaboration avec Vulpian, Tarnier n'avait rien produit, lorsque sa thèse soutenue en 1857 le rendit immédiatement célèbre. Tarnier, en effet, y démontra la différence qui existait entre la mortalité des femmes qui accouchaient à l'hôpital et la mortalité des femmes qui accouchaient en ville.

A la Maternité, dans l'année où il y fut interne, sur 2.[illegible] accouchements, 132 femmes succombèrent, la mortalité y fut de 6 p. 100; 1 femme sur 19 mourut. En avril, on nota 315 accouchements et 32 décès; du 1er au 10 mai, [illegible]2 accouchements et 31 décès!

En ville, au contraire, dans le même arrondissement, sur [illegible] accouchements, 14 femmes seulement étaient mortes, soit 1 femme sur 322.

Étudiant les causes de cette mortalité considérable à l'hôpital, Tarnier disait dans les conclusions de sa thèse : « La fièvre puerpérale existe, elle est épidémique et contagieuse. » Mais pour lui, la contagion avait lieu surtout par l'air. Il écrivait, en effet (page 71) : « Pendant le cours des épidémies de fièvre puerpérale nous avions souvent remarqué, à la vulve des femmes malades et même de celles qui n'étaient qu'indisposées, des plaques gangréneuses d'étendue variable, dont la présence coïncidait presque toujours avec des accidents saburraux. Nous aurions donc pu penser qu'elles étaient le produit d'une action septique qui s'exercerait par les parties génitales. Mais il est probable que les poumons, par leur étendue et leur activité, offrent des conditions plus faciles à l'absorption, et que souvent, sinon toujours, c'est par eux qu'a lieu l'empoisonnement. »

Voici, d'autre part, ce que Tarnier disait alors relativement à la contagion par les médecins : « Lorsqu'un médecin a fait lui-même une autopsie, il est évident qu'il se trouve dans toutes les conditions favorables au transport du virus contagieux s'il vient à faire un accouchement, et dans ces circonstances il devrait s'abstenir d'assister une femme en travail d'enfantement; mais c'est dépasser la vérité que d'accuser les médecins ou les accoucheurs qui soignent une femme malade, de servir de moyen de transport au germe de la fièvre puerpérale. »

Donc, à cette époque, Tarnier croyait surtout à la contagion par l'air. Cette remarque a une certaine importance; elle permet, comme vous le verrez, de comprendre les propositions qu'il fit plus tard pour la construction des Maternités.

Messieurs, en science il est rare qu'un homme fasse d'emblée des découvertes complètes et qu'elles soient immédiatement acceptées. Avant lui ou à côté de lui, d'autres trouvent des parties du vrai et lui-même ne parvient que progressivement à voir la vérité tout entière. C'est ce qui est arrivé pour Tarnier. En effet, il raconte dans un de ses derniers ouvrages, qu'il n'avait pas été le premier à entrer dans la bonne voie. En 1846, un médecin américain, Samuel Kneeland, avait parlé de la contagion en des termes très précis : « La fièvre puerpérale se transmet de plusieurs manières. Ainsi, elle peut être inoculée directement par des liquides recueillis sur une femme vivante et malade, ou sur le cadavre d'une femme morte en couches. Les émanations qui se dégagent des malades et surtout l'air des salles d'hôpitaux, où sont réunies plusieurs femmes atteintes de fièvre puerpérale, propagent la maladie. Enfin, elle est transportée par les médecins, par les habits, le linge, la literie, etc., qui ont été en contact avec une personne infectée (1). »

Mais le mémoire de Kneeland était ignoré, il avait passé complètement inaperçu. On ne connaissait pas non plus, en France, le travail de Semmelweis (de Vienne). Ce dernier avait démontré la contagion par les étudiants qui pratiquaient des autopsies ou qui faisaient des manœuvres opératoires sur des cadavres de femmes mortes pendant leurs suites de couches.

(1) Tarnier. — *De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique*, p. 6

« Dès le mois de mai 1847, dit Tarnier, Semmelweis obligea les étudiants à se laver les mains avec une solution de chlorure de chaux, et à faire usage de la brosse à ongles avant de pratiquer un examen ou un accouchement. Cette mesure ne tarda pas à être couronnée de succès, car on observa immédiatement une diminution considérable de la mortalité ; les femmes tombèrent moins souvent malades à partir du moment où les instructions de Semmelweis furent scrupuleusement observées.

« Ainsi, Semmelweis a eu le grand mérite de toucher du doigt la vérité, et d'indiquer du même coup un moyen antiseptique capable de prévenir l'éclosion des accidents (1). »

En 1857, lorsque parut la thèse de Tarnier, elle fit grand bruit, ainsi que son traité sur la fièvre puerpérale, qui date de 1858. De tous côtés, on fit des recherches dans le même sens. Je citerai Trébuchet, à Paris; Barnes, à Londres, en 1858 ; Crédé, à Leipzig, en 1860 ; Husson, en 1862; Hugenberger, à Saint-Pétersbourg, en 1863 ; Spaeth et Braun, à Vienne, en 1864 ; Malgaigne, à Paris, en 1866; enfin Le Fort, dans son beau livre sur les Maternités ; tous confirmèrent que la mortalité était beaucoup plus considérable dans les hôpitaux qu'en ville. Pendant les années qui suivirent, Tarnier s'efforça de répandre ses idées. En 1864, puis en 1867, il exposa comment il comprenait la disposition d'une Maternité. Il demandait que toutes les femmes fussent isolées; elles devaient avoir chacune une chambre avec une fenêtre donnant sur le dehors. On ne pouvait pénétrer d'une pièce dans l'autre qu'en passant par l'extérieur. En quittant une salle, il fallait secouer pour ainsi dire ses vêtements pour ne pas transporter les germes dans la suivante. Tarnier avait aussi accepté la proposition de Le Fort, de faire accoucher les femmes chez les sages-femmes de la ville. Ne pouvant obtenir immédiatement ce qu'il désirait, il demanda tout au moins qu'un pavillon à chambres séparées fût organisé à la Maternité.

Vous le voyez, la grande idée de Tarnier était d'empêcher la contagion et surtout la contagion par l'air des salles.

Sur ces entrefaites, la place de chirurgien en chef devint vacante à la Maternité, Tarnier y entra (1867). Il s'efforça d'obtenir les modifications et les réformes qu'il avait proposées. En 1870, il eut en partie gain de cause : l'infirmerie fut réservée aux femmes malades et eut un personnel absolument distinct, n'ayant avec l'autre aucune communication. L'interne du service d'accouchement ne dut plus faire d'autopsies. Enfin, on construisit un pavillon avec des chambres séparées. Qu'en est-il résulté ?

En prenant les statistiques de 1858 à 1870, on voit que, pendant cette période appelée par Tarnier, période d'inaction, la mortalité a été de 9,3 0/0 ; 93 femmes sur 1.000 succombaient.

De 1870 à 1880, on lutta contre la contagion par l'isolement, la mortalité tomba à 2,32 0/0. Cela faisait une différence en moins de 7 0/0, soit de 70 pour 1.000. Le résultat obtenu était donc considérable.

Cependant Tarnier poursuivait ses recherches, se demandant ce qui pourrait encore être fait pour diminuer la mortalité. Pour ma part, j'avais vu Lister à Edimbourg, en 1874 et en 1876 ; en 1877 et en 1878, je visitai l'Allemagne, la Russie, la Hollande, étudiant surtout les Maternités. Partout on commençait à essayer l'antisepsie. Or, après chacun de mes voyages, je rendais compte à Tarnier de ce que j'avais vu ; je lui montrais mes notes et les plans que j'avais relevés. Il pensait toujours qu'on devait reconstruire les Maternités sur un type différent, je l'assurai qu'en attendant il fallait user des moyens antiseptiques. J'en proposai aussi l'essai à Depaul dont j'étais devenu le chef de clinique, mais il ne croyait pas à la contagion, il trouvait que l'acide phénique sentait mauvais. C'est à grand peine que je pus lui faire accepter les solutions de chloral. Tarnier, au contraire, esprit largement ouvert, adopta de suite pour le lavage des mains et pour les injections l'acide phénique, déjà employé en chirurgie et à la Maternité de Cochin par M. Lucas-Championnière. Toujours pénétré de cette idée de contagion par l'air, Tarnier avait fait installer dans ses salles des marmites qui remplissaient l'atmosphère de vapeurs d'acide phénique

C'est à cette époque aussi (1879), que parurent les travaux de Pasteur sur la septicémie puerpérale, puis en 1880, la thèse de Doléris. Tarnier s'efforça de chercher un antiseptique plus puissant que l'acide phénique. Connaissant les travaux de Davaine, il chargea son interne, M. Bar, d'étudier le sublimé. En 1881, il fit une communication sur cet antiseptique au Congrès de Londres, et, en 1882, un autre de ses internes, M. Olivier publiait dans les *Annales de Gynécologie* les résultats obtenus. Si l'action de l'acide phénique avait été montrée aux accoucheurs par les chirurgiens, c'est par un accoucheur que les propriétés du sublimé ont été bien mises en lumière. Le résultat fut celui-ci : la mortalité tomba à 1 0/0 (mortalité totale); la mortalité par infection fut inférieure à ce chiffre.

Continuant ses travaux sur le même sujet, Tarnier fit paraître en 1894 son beau livre : *De l'Asepsie et de l'Antisepsie en obstétrique*. Il y montre la contagion se faisant par les médecins et les sages-femmes, par le personnel hospitalier, par les poussières, par l'air. Il ne faut plus épousseter, mais essuyer; il ne faut plus balayer, mais laver.

Vous voyez, Messieurs, quel chemin a été parcouru par Tarnier depuis sa thèse de 1857. Il commença par montrer la contagion, puis il connut les divers modes de propagation, ce qui le conduisit d'abord à proposer l'isolement, à accepter ensuite l'antisepsie. Qu'en résulta-t-il ? La mortalité qui était de 9,31 0/0, tomba à 2,82 0/0 par l'isolement et à 1 0/0 avec l'antisepsie.

Chose singulière, Messieurs, Tarnier qui a tant fait pour l'isolement des femmes en couches, Tarnier, grâce à qui des pavillons ou des services d'isolement existent dans toutes les Maternités de Paris, Tarnier, dans l'hôpital où il a fini sa carrière, n'avait pas lui-même de service d'isolement. C'est à peine s'il existe dans cette clinique deux petites chambres, placées dans le voisinage des grandes salles ; dans l'esprit du fondateur de l'hôpital, elles étaient réservées aux éclamptiques. Tarnier faisait des projets, il songeait à un pavillon, à un service séparé, mais il n'avait encore rien obtenu. Nous espérons être plus heureux que lui. Il n'est pas possible que la clinique qui porte le nom de celui qui a le plus fait pour l'isolement des femmes en couches, la Clinique Tarnier, n'ait point un service d'isolement.

Tarnier avait bien montré les risques que courent les parturientes pendant les accouchements simples, mais la mortalité était plus grande encore quand les accouchements étaient laborieux. Après les opérations, la mortalité était grande. A cette époque, du reste, les

(1) Tarnier. — *Loco citato*, p. 10.

opérations étaient souvent difficiles, les instruments étaient peu perfectionnés et ceux de ma génération, ceux qui ont vu opérer en 1871-72 et plus tard, ont conservé un pénible souvenir des interventions qui étaient faites : quelles difficultés on rencontrait parfois pour arriver à l'extraction de l'enfant! Que de fois aussi j'ai vu, après ces opérations, Tarnier rester silencieux, tâchant de se rendre compte des difficultés éprouvées et de trouver la meilleure manière d'en triompher dans l'avenir! C'est alors qu'il essaya, sans grand succès, les tractions mécaniques ajoutées au forceps.

En 1873, Tarnier tomba gravement malade, il quitta Paris pour aller dans le Midi, à Hyères. Il y resta plusieurs années, ne revenant dans la capitale qu'à partir du mois de mai, pour les examens de la Maternité. Mais ne croyez pas que ce temps de repos fut perdu.



Fig. 48. — Forceps actuellement en usage.

Tarnier travaillait. Au commencement de l'hiver de 1876-77, il nous pria, M. Pinard et moi, de nous rendre un soir chez lui; il avait, disait il, une communication importante à nous faire. Nous y allâmes et nous trouvâmes là un de ses parents qu'il affectionnait beaucoup, le colonel d'artillerie Voyard, familier de l'épure et des démonstrations géométriques. Tarnier nous fit alors cette question : « Croyez-vous que le forceps soit un bon instrument? » Nous étions bien tentés de lui répondre : « Oui, entre vos mains », mais il nous déclara de suite qu'il le considérait comme très imparfait et nous le démontra. Il faisait au forceps de Levret deux grands reproches : 1° il ne permettait pas à l'opérateur de tirer dans l'axe du bassin ; 2° il ne laissait pas à la tête une mobilité suffisante pour qu'elle pût suivre librement la courbure pelvienne.

Il nous montra alors le forceps qu'il avait construit : 1° il avait recourbé les branches de l'instrument de Levret, de telle sorte qu'il existait sur elles une courbure destinée à permettre, malgré la présence du périnée, les tractions dans l'axe du détroit supérieur et de l'excavation. Cette courbure fut appelée pour cela courbure périnéale ; 2° il avait attaché au-dessous des branches de préhension des tiges de traction métalliques disposées de telle manière qu'elles laissaient la tête fœtale absolument libre d'exécuter dans l'excavation les mouvements nécessaires, les mouvements qu'elle décrit dans l'accouchement spontané.

Pour que la traction soit faite dans l'axe, avec ce forceps, il faut que les tiges de traction soient à un centimètre au-dessous des branches de préhension ; ces dernières, fixées sur la tête et par conséquent mobiles, constituent par cela même une sorte d'aiguille indicatrice : on a donc en elles un guide excellent.

Inutile de vous dire que nous fûmes convaincus et je n'oublierai jamais, pour ma part, notre retour, à une heure très tardive, de la rue Duphot au quartier latin où nous habitions.

Tarnier ne publia son forceps qu'un peu plus tard, le 23 janvier 1877. Dans un mémoire admirable de 55 pages, comprenant 43 figures, il exposa la théorie de son instrument avec une netteté et une précision remarquables, tout en rendant justice à ses devanciers. Depuis deux ans, un pli cacheté avait été déposé par lui à l'Académie de Médecine (1875). Des recherches expérimentales avaient été faites ; deux fois Tarnier avait employé son forceps à l'hôpital ; moi-même j'avais eu la bonne fortune de l'appliquer le premier en ville, sur la femme d'un de mes amis, et j'avais été frappé de la facilité avec laquelle j'avais fait l'extraction.

L'apparition de cet instrument fit grand bruit, et au mois de mai 1877, en traversant Berne, où les médecins suisses se trouvaient réunis en congrès, on me demanda le forceps de Tarnier que je pus montrer. Il en fut de même à Vienne. De leur côté, certains accoucheurs étrangers venaient à Paris pour le voir et l'étudier, tels Fancourt Barnes et plusieurs de ses collègues d'Angleterre.

Mais le mémoire de Tarnier ne fut pas sans soulever de grandes discussions. Tout le monde se rappelle les articles spirituels que le Pr Pajot publia sur ce qu'il appelait le *forceps à aiguille*. Au premier de ces articles, Tarnier répondit avec calme et par des arguments topiques. Pajot en fit alors paraitre un autre : *La Seconde au forceps à aiguille*. Cette fois, Tarnier ne répondit pas. Beaucoup se sont demandé pourquoi. Eh bien, Messieurs, si Tarnier n'a pas répondu, ce fut par bonté. Voici ce qui s'était passé. L'éditeur des *Annales de Gynécologie* raconta devant Tarnier que le Pr Pajot se trouvait dans une grande agitation en préparant ses articles et ne dormait plus depuis quelque temps. « Si Tarnier me répond encore, s'était écrié Pajot, j'en serai malade ! » Et Tarnier a préféré se taire. D'ailleurs, il savait qu' « avec le temps », comme je l'ai dit sur sa tombe, « ce qui ne vaut rien disparait vite, quoi qu'on dise, quoi qu'on écrive, quoiqu'on proclame. Au contraire, ce qui est bon demeure et la vérité triomphe ». Et le forceps de Tarnier est demeuré. Aujourd'hui, il est entre les mains de tous, et les différents forceps, que l'on a construits depuis, l'ont été suivant les préceptes de Tarnier; ils ont pour base ces trois principes : tractions dans l'axe, mobilité de la tête, aiguille indicatrice.

Tarnier a vu combien était grande sa réputation lorsque, nommé en 1895 docteur *honoris causâ* de l'Université d'Edimbourg, il fut l'année suivante convoqué dans la ville où Simpson découvrit l'action du chloroforme, pour y être publiquement reçu, le 2 août 1886. Tarnier m'avait prié de l'accompagner dans ce voyage

et de lui servir d'interprète. Lorsque, au milieu de l'immense salle de l'Université remplie d'étudiants, Tarnier entendit prononcer son nom et dut se lever, des tonnerres d'applaudissements prolongés le saluèrent. On acclamait celui qui avait perfectionné le forceps et dont le nom devait être désormais placé à côté de ceux de Chamberlen et de Levret.

Laissez-moi, à propos de ce voyage, vous raconter un fait que bien peu connaissent. En quittant Edimbourg, nous nous rendîmes dans le nord de l'Ecosse : nous voulions voir le Caledonian canal et revenir par les lacs. A Inverness, nous nous promenâmes jusqu'à près de dix heures du soir et quand nous rentrâmes à l'hôtel, il faisait encore jour. Nous nous quittâmes. Quelques temps plus tard, la nuit étant venue j'entendis la porte de ma chambre s'ouvrir et je vis Tarnier, une bougie à la main, se diriger vers l'endroit où se trouvait le bec de gaz ; il s'assura qu'il était bien fermé. Puis se tournant vers moi : « J'ai failli mourir, me dit-il ; je m'endormais lorsque j'éprouvai un malaise indéfinissable. Cherchant à analyser mes sensations, il me sembla qu'il y avait dans ma chambre une forte odeur de gaz. Je me levai en chancelant, j'allai ouvrir la fenêtre, respirai de l'air pur et m'approchai du bec de gaz : il était ouvert. Je suis venu m'assurer que vous ne couriez pas les mêmes risques que moi. » Je le remerciai, mais j'avoue que je dormis peu, je pensai toute la nuit au malheur qui avait failli arriver loin de France, quelques jours après un aussi grand triomphe.

Messieurs, le forceps de Tarnier réalise un grand progrès, mais il y a des cas où l'on est obligé d'intervenir autrement qu'avec cet instrument, par exemple, quand l'enfant a succombé, qu'il est trop volumineux, ou que le bassin est trop petit. On doit alors recourir à l'embryotomie. On peut faire deux choses : ou se contenter de perforer la voûte du crâne, ou après avoir perforé la voûte, broyer la base.

La perforation de la voûte permet une certaine réduction des diamètres, et avec le forceps, on peut alors extraire la tête. Mais si le bassin est notablement rétréci, cette opération est insuffisante ; la base ne franchissant pas le détroit supérieur, il faut la réduire. On a imaginé pour obtenir ce résultat, un instrument appelé céphalotribe.

Le céphalotribe primitif bien appliqué déterminait la réduction de tous les diamètres, malheureusement, quand on voulait ensuite tirer, il n'entraînait pas la tête. Bon pour le broiement, il était mauvais pour l'extraction. Et cela est si vrai que Paul Dubois ayant vu des cas dans lesquels, après avoir fait usage du céphalotribe à diverses reprises et à plusieurs heures d'intervalle, les contractions utérines avaient ensuite expulsé spontanément l'enfant, Pajot avait érigé en méthode cette manière de procéder et avait décrit la *céphalotripsie répétée sans tractions*. M. Tarnier rencontrant, lui aussi, les mêmes difficultés, avait fait publier par Bertin une thèse dans laquelle il recommandait de recourir à la version pour extraire l'enfant après la céphalotripsie.

A l'étranger, on faisait surtout usage d'une pince à os appelée cranioclaste, mais cette pince ne détruisant pas la base, on rencontrait dans les bassins très rétrécis des difficultés presque insurmontables. On avait beau, comme le conseillaient les Italiens, saisir la tête par la région frontale, et s'efforcer de faire passer la base *di sbieco*, on échouait souvent. Le cranioclaste permettait cependant une prise solide, mais il était toujours insuffisant pour le broiement. Le céphalotribe et le cranioclaste étaient donc l'un et l'autre imparfaits.

Tarnier essaya le forceps-scie de Van Huevel, avec lequel on pouvait sectionner la voûte et la base du crâne ; une moitié de la tête sortant aisément, le reste passait sans difficulté. Un jour cependant, en 1872, alors que nous étions son interne, après avoir scié la tête, il eut une peine infinie à en détacher une moitié. La section avait été si parfaite, qu'elle avait porté non seulement sur le crâne, mais encore sur la colonne cervicale ; cette dernière se trouvait, dans sa partie supérieure, partagée elle-même en une moitié antérieure et une moitié postérieure et à chacune d'elles une moitié du crâne restait adhérente : de là des difficultés considérables. Tarnier, pour éviter cet inconvénient, imagina le forceps-scie à double chaîne, avec lequel on pouvait en-

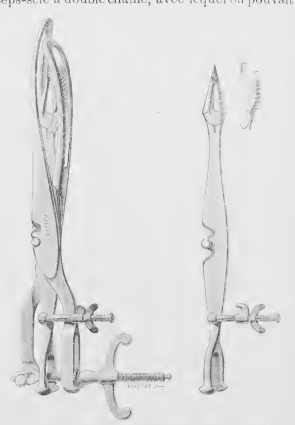


Fig. 49. — Le basiotribe (modèle actuellement en usage).

lever dans le crâne une tranche triangulaire comme un quartier d'orange. Mais si cet instrument était excellent, il se trouvait beaucoup trop compliqué.

Il revint alors au céphalotribe qu'il chercha à perfectionner ; il lui donna, comme Bailly, des cuillers fenêtrées et y ajouta des bandes transversales qui devaient pénétrer dans les tissus de la tête pour en empêcher le glissement après le broiement. Malgré cela, il était toujours difficile de bien placer l'instrument sur la base ; sa courbe faisait porter les cuillers trop en avant et saisir surtout la voûte. C'est alors que Tarnier appliqua au céphalotribe la courbure périnéale du forceps ; il maintint les fenêtres aux cuillers et mit sur leur face interne des saillies métalliques appelées dents de souris. Le céphalotribe ainsi constitué était un excellent instrument de broiement et un bon instrument d'extraction, avec lui on pouvait opérer d'une façon méthodique et sure.

Tarnier, cependant, chercha mieux encore, et le 1er décembre 1883, il présenta à l'Académie de Méde-

cine son *basiotribe*. Cet instrument se compose essentiellement de trois branches de longueur inégale : 1° une branche médiane qui constitue le perforateur et qui, introduite dans la cavité cranienne, y est laissée en place ; 2° une branche analogue à une branche de forceps, avec laquelle, grâce à une vis spéciale, on fait un premier broiement ; 3° une seconde branche semblable à la première, avec laquelle on opère un deuxième broiement. Les trois parties restant réunies, on entraîne la tête au dehors.

On fait facilement avec le basiotribe le broiement de la voûte et celui de la base du crâne ; de plus, il ne dérape pas et permet l'extraction. Il réunit donc les avantages du céphalotribe et du cranioclaste. C'est un instrument qui semble parfait et rend les plus grands services aux praticiens.

Heureusement, d'autres moyens sont à notre disposition qui nous permettent d'obtenir des enfants vivants dans les bassins rétrécis, par exemple, la provocation du travail avant la fin de la grossesse. Tarnier, grâce au *ballon* et à l'*écarteur* qui portent son nom, a perfectionné l'accouchement prématuré artificiel. Et pour faciliter l'élevage des enfants nés avant terme soit dans ces conditions, soit spontanément, il a aussi conseillé l'emploi des *couveuses* et celui du *gavage*. Notre Maître a donc fait faire des progrès très importants aux opérations obstétricales.

Tarnier a su grouper et faire travailler autour de lui d'assez nombreux élèves à la Maternité. J'ai été son interne en 1872 et en 1875, Pinard le fut en 1873, Ribemont en 1874 et en 1877, puis vinrent Champetier de Ribes, Maygrier, Labat, Bar, Olivier, Auvard, Bonnaire, etc. Tarnier nous conseillait les recherches anatomiques, cliniques, surtout expérimentales, car il pensait avec juste raison qu'on peut tirer beaucoup de l'expérimentation : avant de laisser publier ou de publier lui-même, que de discussions, que de corrections ! Son exemple est bon à rappeler, surtout à notre époque où on fait si souvent des publications trop hâtives.

Tarnier fut ainsi un chef d école, le chef de ce qu'on appelait l'Ecole de la Maternité, et il contribua beaucoup par son influence à la création des accoucheurs des hôpitaux. Le Dr Bourneville avait demandé au Conseil municipal cette organisation nouvelle qui rencontrait beaucoup d'opposition. En 1878, une Commission fut nommée par l'Assistance publique, Tarnier en fit partie. Malgré les objections qui lui furent faites, il resta inébranlable dans ses convictions. En 1882, le premier concours avait lieu (1)

Tarnier fut à la Maternité d'abord, puis dans la chaire théorique d'accouchements de la Faculté et enfin à la Clinique, un excellent professeur. Il enseignait avec une grande simplicité et une grande clarté, il voulait absolument convaincre.

Tarnier fut encore un vulgarisateur par ses mémoires, surtout par ses livres. Après avoir achevé l'ouvrage de Lenoir et Sée, il ajouta des notes au Traité d'accouchement de Cazeaux et enfin, commença la publication d'un grand traité personnel. Avec quel soin scrupuleux il corrigeait toutes les épreuves ! Que de fois, j'ai reçu de lui des dépêches afin de changer au dernier moment une seule expression ! On peut dire que chaque mot écrit par lui avait sa valeur propre. Le premier volume de Tarnier a été fait en collaboration avec Chantreuil. J'ai été appelé à rédiger le second ; pour le troisième, M. Tarnier et moi nous sommes associé un certain nombre de nos anciens élèves, MM. Bar, Bonnaire, Maygrier et Tissier. Cet ouvrage, qui comprendra la dystocie maternelle, est complètement fini, les tables même sont faites, il paraîtra donc dans quelques jours. Nos dispositions sont prises pour que le quatrième et dernier volume soit terminé dans l'espace d'une année. Achever son œuvre, propager ses idées si sages, si pondérées, c'est le meilleur hommage que ceux de ses élèves dont il avait demandé le concours puissent rendre à sa mémoire.

« En témoignage de sincère affection et en souvenir de sa collaboration, » a-t-il écrit dans son testament, « je lègue au Dr Budin tous les droits qui me seront dus chez l'éditeur Steinheil. Le Dr Budin sera complètement mon héritier pour tout ce qui est relatif à ces droits. » Ce dernier souvenir de mon vénéré Maître m'impose des devoirs auxquels, vous pouvez en être sûrs, je ne faillirai pas.

Vous voyez, Messieurs, combien l'œuvre de Tarnier a été considérable. Depuis sa thèse en 1857 jusqu'à la fin de sa carrière, on le voit démontrer la contagion et la combattre. Il lutte contre elle, par l'isolement des femmes en couches, il lutte contre elle par l'antisepsie qu'il porte à un haut degré de perfection avec le sublimé. La mortalité des maternités de 9,32 pour 100, tombe à 2,31, puis à 1 p. 100 et moins.

La disparition de l'infection puerpérale, tel a été le but constant de toute son existence. Il commence sa vie scientifique par sa thèse sur la fièvre puerpérale, il la termine en écrivant son beau volume *Asepsie et Antisepsie*, c'est-à-dire en démontrant qu'on a obtenu la disparition de la fièvre puerpérale. Est-il possible de compter combien de femmes il a contribué à sauver ?

De plus il a simplifié et perfectionné considérablement les opérations. Comme elles sont aujourd'hui relativement faciles, sûres, inoffensives !

Forceps Tarnier, basiotribe Tarnier, couveuse Tarnier, que de choses auxquelles il a attaché son nom, sans compter toutes celles dont je n'ai pu parler ! Aussi, à peine fut-il mort qu'il est apparu grand entre tous. L'Assistance publique donna immédiatement à cet hôpital le nom de Clinique d'accouchements Tarnier, et ses élèves, ses amis, ses collègues, tous ceux qui lui étaient reconnaissants eurent vite réuni la somme nécessaire pour lui élever un monument.

On peut se demander quel est, depuis plusieurs siècles, l'accoucheur français ou étranger qui aura, autant que Tarnier, fait faire des progrès à la science et à la pratique obstétricale. Aussi, tous ceux qui connaissent son œuvre considérable sont-ils convaincus que, dans l'histoire, avec le recul des années, son nom apparaîtra plus grand encore.



(1) Dans un article sur les *Maternités* publié dans *La Ville*, du 6 avril 1895, M. Paul Strauss s'exprimait ainsi : « Le corps médical des hôpitaux, si riche en talents et en dévouements, est très jaloux de ses prérogatives ; il a l'horreur du changement. Lorsqu'on a proposé la création d'accoucheurs — et tout le mérite de cette initiative revient au Dr Bourneville — les médecins ont jeté les hauts cris. C'est à peine si, aujourd'hui encore, ils ont pris leur parti de cette réforme excellente... » — Ceux qui voudront se rendre compte des difficultés que nous avons rencontrées dans la réalisation de cette réforme et des polémiques ardentes dont elle a été l'occasion pourront consulter le *Progrès médical* de 1876 à 1881 et notre brochure (avec Blondeau) intitulée : *Des services d'accouchements dans les hôpitaux de Paris*. BOURNEVILLE.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Cours de Clinique obstétricale — M. le Pr Budin.

Samedi dernier, 30 avril, M. Budin a inauguré son enseignement à la Clinique Tarnier. Le nouveau professeur, assisté du doyen, a fait sa première leçon dans un amphithéâtre bondé d'auditeurs qui l'ont chaleureusement accueilli. Parmi les assistants, de nombreux amis, des collègues des hôpitaux, des agrégés de la Faculté, etc., tous heureux de lui souhaiter la bienvenue.

Après avoir adressé les remerciements d'usage au doyen et aux autres professeurs, M. Budin a consacré sa leçon à Tarnier, son maître, qui l'a précédé dans la chaire qu'il occupe aujourd'hui.

Malgré tout ce qui a été dit sur Tarnier, le professeur a su sans peine intéresser vivement son auditoire. L'œuvre de Tarnier est d'ailleurs si considérable qu'il était impossible de la retracer complètement en une heure. Aussi, M. Budin a-t-il limité son sujet, en s'occupant plus particulièrement des travaux du maître sur l'infection puerpérale et sur les opérations obstétricales.

En ce qui concerne l'infection, il a montré Tarnier dénonçant un des premiers la contagion de la fièvre puerpérale et indiquant les moyens de l'éviter, par l'isolement des femmes malades d'abord, et plus tard par l'application de l'antisepsie aux accouchements. Cette lutte contre l'infection, Tarnier l'a poursuivie toute sa vie, depuis sa thèse de doctorat (1857) où il exposait ses idées sur la contagion, jusqu'à son beau *traité de l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique* (1894), qui résume son œuvre tout entière.

Passant aux opérations, M. Budin a rappelé que Tarnier a doté l'obstétrique de deux merveilleux instruments, son forceps qui est aujourd'hui adopté dans le monde entier, et son basiotribe, qui a si avantageusement remplacé le céphalotribe; et cela sans compter tous les autres instruments et les procédés opératoires qu'il a imaginés ou perfectionnés.

M. le Pr Budin est bien connu des étudiants et des médecins, car il s'est toujours consacré à l'enseignement, comme agrégé d'abord, et ensuite dans les différents services qu'il a dirigés, à la Charité et à la Maternité. On l'a retrouvé dans cette chaire de clinique pour laquelle il était tout indiqué, avec ses qualités éminentes, sa clarté, et sa précision habituelles, sa netteté dans les démonstrations et sa haute autorité scientifique. Il a fait revivre la grande figure de Tarnier, l'un des premiers accoucheurs du siècle dont le renom, comme il l'a si bien dit, ne peut que grandir encore au recul des années.

Traitement médical des maux de dents (1).

Le moyen de guérir l'odontalgie reste, avant tout, chirurgical, puisqu'il s'agit presque toujours de carie dentaire. Cependant, comme dans cette dernière il y a très souvent absence de douleur, c'est que la carie n'est pas le seul moment étiologique. S'il y a peu de cas de douleurs dentaires qui ne puissent être calmées sans extraction, on constate souvent après celle-ci, des névralgies persistantes. Pour les combattre, l'usage des narcotiques (opium, morphine), comme de l'alcool, est imprudent. On calme souvent les douleurs provenant d'une dent creuse par l'introduction d'un petit tampon de ouate imbibée d'acide phénique dédoublé; une fois le tampon sec, les douleurs réapparaissent, et alors on renouvelle l'application. Dans un cas de violente névralgie de la mâchoire inférieure, guérison complète fut obtenue par application de 0 gr. 03 centig, de cocaïne en poudre; mais il n'est pas prudent de confier au malade ce remède en nature. Contre ces maux de dents, dont souffrent les personnes privées depuis longtemps de sommeil, se recommande le remède suivant :

Sulfate de quinine	0 gr. 12 centigr.
Acide bromhydrique	XV gouttes.
Teinture de Gelsemium . . .	XV —
Sirop de sucre.	15 grammes.
Eau distillée.	30 —

F. S. A.

Dans un cas de vive douleur, on obtient un soulagement complet, après quelques minutes, par 0 gr. 12 centigr. d'exalgine; mais ce remède n'a pas, dans tous les cas, la même activité. Dans cette forme d'odontalgie qui survient après le repas, comme conséquence de l'hyperacidité gastrique, on tire les plus surprenants services des alcalis faibles, dont le meilleur est la poudre de Seydlitz. Mais le remède le plus puissant contre la douleur dentaire est le salicylate de soude, aussi bien dans les cas où le mal a pour cause le refroidissement, que dans ceux où il est accompagné simultanément d'une périostite. P. Cornet.

(1) Coley. — (Newcas… on Tyne) *The practitionner*, n° 9, 1897

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 mai 1898.

L'évènement de la séance, et certainement de toute la session académique, est la lecture du rapport du Pr Grancher sur la *prophylaxie de la tuberculose*. Quelques-unes des mesures proposées dans ce rapport ne sont assurément que des mesures de transition. En ce qui concerne l'hospitalisation des tuberculeux, le dernier mot appartiendra certainement à la formule : « Les tuberculeux à la campagne ». L'ensemble du rapport n'en constitue pas moins une date décisive dans l'histoire de la tuberculose. En voici les conclusions présentées non seulement au nom de M. Grancher, mais au nom d'une commission composée de MM. Roussel, Bergeron, Besnier, Brouardel, Colin, Magnan, Monod, Motet, Napias, Nocard, Proust, Roux, Vallin. En voici les conclusions :

1° L'Académie confirme le sens de ses conseils et de son vote de 1890, qui visent trois mesures de prophylaxie : *a*) Recueillir les crachats dans un crachoir de poche ou d'appartement, contenant un peu de solution phéniquée à 5 p. 100 et colorée, ou au moins un peu d'eau; *b*) Eviter les poussières en remplaçant le balayage par le lavage au linge humide; *c*) Faire bouillir le lait, quelle que soit la provenance, avant de le boire ;

2° En ce qui concerne la famille, l'Académie recommande aux médecins l'application soutenue de ces mesures de défense, dès que la tuberculose est ouverte; elle leur recommande aussi de maintenir, si possible, la tuberculose à l'état fermé, par un diagnostic précoce et un traitement approprié ;

3° Pour l'armée, l'Académie demande la réforme temporaire qui convient aux tuberculeux du premier degré avant l'expectoration bacillaire, et la *réforme définitive*, dès que les crachats contiennent le bacille de Koch. Et elle fait appel à l'entente cordiale du commandement et du service de santé pour l'application, dans toutes les casernes, des trois mesures énoncées plus haut ;

4° L'école, l'atelier, le magasin, etc., relevant de l'instituteur, du patron, du chef d'industrie, etc., l'Académie ne peut que leur rappeler l'importance de cette question d'hygiène, et la simplicité, la facilité des moyens qui suffisent à la réaliser, c'est-à-dire à combattre efficacement l'extension de la tuberculose qui menace toutes les familles;

5° L'Académie approuve les conclusions du travail de la commission hospitalière, en ce qui concerne les malades et l'hygiène de nos hôpitaux, à savoir : *a*) Isolement des tuberculeux dans des pavillons ou salles séparées, en attendant la création de nouveaux sanatoria; *b*) Antisepsie des salles des tuberculeux et des salles communes, notamment par la réfection des planchers et la suppression du balayage; *c*) Amélioration du corps des infirmiers par une paye plus haute, un meilleur recrutement et une retraite : *d*) Création d'un corps d'infirmiers sanitaires :

6° L'Académie approuve enfin les restrictions de la loi en projet et les arrêtés nouveaux concernant la chair musculaire des animaux tuberculeux. La saisie totale et la destruction de cette chair doivent être réservées à des cas assez rares de tuberculose généralisée et d'hecticité. Elle recommande aux cultivateurs l'emploi diagnostique de la tuberculine, et l'élimination, par la boucherie, de leurs animaux légèrement tuberculeux, et, partant, inoffensifs;

7° Enfin, l'Académie, voulant marquer l'intérêt exceptionnel qu'elle attache à la continuité de son action en faveur de la prophylaxie de la tuberculose, crée une nouvelle commission permanente dite « Commission de prophylaxie de la tuberculose », qui aura pour objet d'encourager et de coordonner tous les efforts contre l'envahissement du bacille tuberculeux.

Elections.

MM. Grasset (de Montpellier) et Pitres (de Bordeaux) sont élus membres correspondants nationaux par 62 voix et 60 voix sur 70 votants. La rédaction du *Progrès médical* est heureuse d'adresser ses plus chaleureuses félicitations à ses deux amis et fidèles collaborateurs.

A.-F. Plicque.

CONGRÈS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
(2 mai 1898).

Pathologie de l'Amygdale linguale.

M. E. Escat (de Toulouse), rapporteur. — L'amygdale linguale ou quatrième amygdale constituée par les follicules clos qui recouvrent la base de la langue, s'étend d'avant en arrière de la ligne des papilles caliciformes aux fossettes glosso-épiglottiques, et de droite à gauche d'une amygdale palatine à l'autre. Bien développée chez l'enfant, cette amygdale s'atrophie à la puberté à tel point que chez l'adulte, à l'état normal, il ne reste plus que quelques follicules très discrets, quelquefois si rares et si petits que l'amygdale est presque complètement atrophiée. L'analogie anatomique et physiologique de cet organe avec les amygdales palatines et l'amygdale pharyngée se poursuit en pathologie. [On peut observer sur la quatrième amygdale les affections suivantes :

1° *L'amygdalite catarrhale*, isolée ou liée à une angine diffuse; 2° *L'amygdalite phlegmoneuse*, se présentant sous deux formes anatomo-pathologiques : *a*) l'amygdalite folliculaire suppurée (suppuration des follicules propres de l'amygdale); *b*) la périamygdalite phlegmoneuse (suppuration du *fascia linguæ* sur lequel repose la quatrième amygdale). Le tableau clinique dans les deux cas difficiles encore à différencier est constitué par les signes suivants : fièvre vive et troubles généraux, dysphagie intense, douleur violente répondant extérieurement à la grande corne de l'os hyoïde, troubles respiratoires pouvant aller jusqu'à l'œdème de la glotte, troubles phonétiques, rhinolalie ouverte et anarthrie par immobilisation de la base de la langue, adénopathie dans quelques cas.

L'examen avec le miroir laryngien permet seul le diagnostic. L'affection ne sera pas confondue avec : la glossite basique intramusculaire, les phlegmons du plancher buccal (angine de Ludwig), le phlegmon de la loge thyro-glosso-épiglottique, le phlegmon pharyngo-laryngé, l'adéno-phlegmon sous-maxillaire, enfin avec les angines épiglottiques.

3° *L'hypertrophie ou amygdalite linguale chronique*, la lésion la plus commune et la plus connue, s'observe chez l'adulte avec une égale fréquence dans les deux sexes. L'étiologie et l'anatomie pathologique se confondent avec celles des autres amygdales. L'hypertrophie revêt trois aspects : disséminée, massive et en nappe; cliniquement, elle se présente sous trois formes : *a*) latente, ne se manifestant par aucun trouble; — *b*) normale, se traduisant par les signes suivants : sensation de corps étranger, boule, fil, arête dans la gorge, localisée sur la grande corne de l'os hyoïde, ténesme pharyngé, besoin incessant de déglutir à vide, toux réflexe, petite, sèche, quinteuse, opiniâtre; état nauséeux, hemmage, troubles de la phonation chez les chanteurs, enrouement ou altération du registre de tête, quelquefois hémorragies; — *c*) fruste, révélé par la seule manifestation de troubles nerveux réflexes chez les sujets prédisposés, hystériques latents et neurasthéniques. Ces troubles réflexes sont : les névralgies à distance, l'asthme, l'ictus laryngé, l'œsophagisme, les crises syncopales, les tics convulsifs. Ces troubles disparaissent souvent par le traitement de la lésion locale ;

4° *L'atrophie* est physiologique chez l'adulte et ne saurait être considérée comme un stigmate rétrospectif de syphilis, contrairement à ce qui a été soutenu ;

5° *L'amygdalite lacunaire*, analogue à la lésion semblable des amygdales palatines s'observe quelquefois ;

6° *Les varices de la base de la langue* peuvent donner lieu à des troubles subjectifs rappelant ceux de l'hypertrophie et des hémorragies simulant les hémoptysies tuberculeuses; 7° *Les névroses de la base de la langue.* Sous ce titre doivent être rangées : la paresthésie *sine materia*, les paresthésies pharyngiennes d'origine réflexe, les névroses sensorielles de la gorge à la ménopause, enfin certaines formes de glossodynies localisées à la base de la langue. Ces manifestations forment un groupe clinique encore très confus. La paresthésie et la glossodynie de la base isolées ou associées s'accompagnent souvent d'un état psychique spécial : obsession gutturale, cancrophobie, entraînant une dépression mentale pouvant aller jusqu'à l'hypocondrie et la mélancolie. On distingue plusieurs variétés suivant la cause : *a*) Paresthésie réflexe liée à une affection locale éloignée de la base de la langue, telle que des végétations adénoïdes; *b*) paresthésie et glossodynie liées à la ménopause et disparaissant avec la crise physiologique, *c*) topoalgie neurasthénique; *d*) hallucinations de la sensibilité générale et du sens gustatif dans les psychoses et chez les dégénérés héréditaires ; *e*) névrite du lingual, symptôme de paralysie générale, de tabes, d'alcoolisme, ou provoqué par des troubles vasculaires liés à la présence de varices dans les veines satellites du nerf lingual ;

8° *Syphilis.* Un cas très typique de chancre de l'amygdale linguale découvert par le miroir laryngien a été rapporté par Schiffers. Les lésions secondaires sont très banales; elles entraînent une hypertrophie chronique. Avec Moure et Raulin on peut distinguer l'amygdalite préépiglottique secondaire folliculaire et l'amygdalite préépiglottique secondaire folliculo-interstitielle. Ces lésions expliquent la dysphagie bien connue de la période secondaire. Les gommes de l'amygdale linguale ne sont pas rares ;

9° *La tuberculose* primitive de l'amygdale linguale est loin d'être aussi fréquente que la tuberculose secondaire à la phtisie laryngée, mais elle a été observée ;

10° *Le lupus et la lèpre* ne s'observent qu'à titre de propagation ; 11° *La mycose leptotrixique* a une prédilection spéciale pour la base de la langue ;

12° *Les tumeurs bénignes* sont rares dans le territoire de l'amygdale linguale : les moins rares sont le fibrome, le lipome et l'angiome; les plus rares sont le papillome, le chondrome et l'adénome; 13° *Les tumeurs malignes* primitives, sarcome et épithéliomes, peuvent débuter par la base de la langue et y rester longtemps limitées ;

14° *Les seuls kystes* observés à la base de la langue, sont des kystes glandulaires, des kystes du canal de Bochdaleck, et des formations accessoires du corps thyroïde formant de véritables goitres intralinguaux.

Traitement. L'amygdalite linguale catarrhale sera traitée par des gargarismes antiseptiques ou des pulvérisations à l'acide phénique, au thymol, au phénosalyl, à l'acide salicylique, au lysol, à la résorcine, au sublimé, au salol; la dysphagie et la douleur seront combattues par les badigeonnages au menthol et par les pulvérisations à froid de cocaïne ou mieux d'holocaïne à 1/100. Le traitement général ne diffère pas de celui des amygdalites palatines. L'amygdalite et la périamygdalite linguale phlegmoneuse seront traitées par les mêmes moyens et en outre par l'incision, quand les troubles respiratoires menaçants ne permettront pas d'attendre l'ouverture spontanée. L'hypertrophie chronique n'est justiciable que de deux traitements vraiment efficaces : la réduction par le galvano-cautère et l'ablation par la pince à morcellement. L'amygdalite lacunaire cèdera à la discision et au besoin au morcellement. Les paresthésies réflexes disparaîtront par le traitement de la lésion provocatrice, par l'ablation de végétations adénoïdes, par exemple. Les paresthésies et glossodynies postérieures *sine materia*, symptomatiques d'un état névropathique, relèvent du traitement général; l'aconitine cristallisée a donné quelques résultats. Comme médication locale on pourra recourir aux pulvérisations analgésiques à la cocaïne ou à l'holocaïne. Les varices de la base de la langue provoquant des phénomènes douloureux ou des hémorragies seront réduites par le galvano-cautère. Le mycosis sera combattu par la solution officinale de perchlorure de fer en badigeonnages. La tuberculose et le lupus seront traitées par le curettage, le phénol sulfo-riciné, l'acide lactique et les insufflations d'orthoforme en cas de dysphagie. Les tumeurs et les kystes qui ne pourront être enlevés par voie naturelle seront atteints facilement par la pharyngotomie trans-hyoïdienne de Vallas.

Conclusions. — L'amygdale linguale est susceptible des mêmes affections que les amygdales palatines et que l'amygdale pharyngée; les méthodes de traitement dirigées contre ces dernières doivent lui être appliquées.

Maladies de l'amygdale linguale d'origine non hypertrophique.

M. Lennox-Browne (de Londres). — L'idée, acceptée partout, de l'identité de tous les groupes anatomiques du tissu lymphoïde contenus dans le cercle de Waldeyer n'est pas exacte. Ceci peut s'appliquer à l'amygdale linguale. Il se peut que contrairement à l'opinion de Bekel, l'amygdale linguale se se développe d'aussi bonne heure que les amygdales palatine ou pharyngée. Mais il n'est pas exact qu'elle ait sa plus grande vitalité dans l'enfance, et que son atrophie soit aussi précoce que celle des amygdales pharyngée ou palatine. On peut le prouver anatomiquement et cliniquement. Non seulement les cas d'atrophie sont rares dans l'enfance, car on n'en connaît que deux cas, mais le grand intérêt réside en ceci : que l'hypertrophie, les poussées inflammatoires et les maladies primitives de la glande ne sont observées que chez l'adulte. Au point de vue anatomique, on observe, dans les amygdales palatines et pharyngées, une tendance hâtive à la dégénérescence colloïde avec atrophie rapide, qui ne se voit pas dans l'amygdale linguale ; on trouve dans l'amygdale linguale une abondance de glandes muqueuses qu'on ne voit pas dans les amygdales pharyngées, rarement dans les palatines ; on ne trouve pas dans celles-ci l'épithélium à cils vibratiles qui tapisse les cryptes de l'amygdale linguale; il y a une grande différence dans le plancher sur lequel repose l'amygdale linguale et les plans aponévrotiques et osseux sur lesquels s'appuient les amygdales palatines et pharyngées. La connexion intime de l'amygdale linguale avec les muscles de la langue explique l'immobilité de cet organe dans les inflammations de la glande. La distribution du nerf glosso-pharyngien occasionne une douleur vive dans les inflammations de l'amygdale linguale: la distribution du laryngé supérieur détermine des réflexes laryngés. Il y a, en outre, bien des différences importantes au point de vue pathologique. La principale est que l'amygdale linguale est rarement atteinte chez l'enfant, et que son atrophie ne se voit que dans un âge plus avancé; ses affections, en outre, ne s'étendent pas au voisinage comme celles de l'amygdale palatine; elles sont rarement primitives.

Résultat d'une statistique de 20 cas d'empyème chronique du sinus maxillaire opéré suivant son nouveau procédé.

M. le Dr Luc (de Paris) donne lecture d'un travail basé sur une statistique de 20 cas de l'opération proposée par lui, l'an dernier, pour *la cure radicale et rapide de l'empyème chronique du sinus maxillaire.* Il rappelle que l'opération en question consiste, une fois le malade chloroformé : 1° à ouvrir très largement le sinus au niveau de la fosse canine ; 2° à curetter très complètement la cavité, en s'aidant de l'éclairage électrique et au moyen de curettes diversement coudées, permettant de fouiller les anfractuosités de l'antre, puis à en cautériser la surface avec une solution de chlorure de zinc à 1/5; 3° à pratiquer, au niveau de la partie la plus antérieure et inférieure de la partie nasale du sinus avec la gouge et le maillet, une sorte d'hiatus artificiel, correspondant à la partie antérieure du méat inférieur ; 4° après insufflation de poudre d'iodoforme dans le sinus, à y placer soit un drain, soit une longue mèche de gaze iodoformée qui en tamponne la cavité et dont on loge l'extrémité à l'entrée de la narine, après l'avoir fait passer à travers l'hiatus artificiel ; 5° à suturer complètement la plaie buccale, le drainage ultérieur se faisant exclusivement par voie nasale.

Au bout de quatre ou cinq jours, la plaie buccale étant réunie, le drain ou la gaze sont enlevés. Quelques lavages boriqués peuvent être pratiqués les jours suivants, à travers l'hiatus au moyen d'une petite sonde métallique courbée légèrement à son extrémité.

Au bout d'un laps de temps variant entre trois et huit semaines, toute trace de suppuration a disparu.

Sur les 20 opérés de Luc, 8 seulement étaient porteurs d'un empyème maxillaire *simple.* Chez 9, l'empyème maxillaire se compliquait d'empyème frontal; chez 2, la suppuration des cellules ethmoïdales; chez un malade enfin traité par Luc conjointement avec le Dr Lermoyez, la suppuration était entretenue par une ostéite fongueuse et nécrosante du rebord alvéolaire du maxillaire, qui nécessita une seconde intervention avec résection de la partie osseuse malade. Ces complications entraînent, cela va sans dire, des opérations complémentaires. En cas d'empyème fronto-maxillaire, Luc conseille d'opérer les deux sinus dans la même séance, en commençant par le maxillaire, afin d'éviter la réinfection du sinus frontal fraîchement curetté par le pus particulièrement septique du sinus non encore opéré, lors du passage du stylet destiné à l'installation du drain fronto-nasal; cette infection secondaire pouvant entraîner des accidents intra-craniens, ainsi que l'auteur en observe un exemple. Dans sa communication Luc reconnaît la priorité du Dr Caldwell de New-York, qui, dans le numéro du 4 novembre 1893 du *New-York medical Journal* publia la description sommaire d'une méthode opératoire analogue dont il n'eut connaissance que tout récemment par la lecture d'une analyse parue dans le numéro d'avril dernier du *Journal of Laryngology* (1). (*A suivre*).

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE.

Sixième session tenue à Paris du 14 au 16 avril 1898 (2). (*Suite*).

Étiologie et développement des myomes de l'utérus. (Projections au grand amphithéâtre et présentations de pièces.)

M. Keiffer. — La méthode par injection m'a révélé quelques faits relatifs à l'étiologie des myomes utérins. En effet, si l'on a injecté un utérus renfermant des néoplasies au début, on constate que si tout le parenchyme musculaire de l'organe est bien vascularisé, de petits îlots de tissu musculaire lisse ne le sont pas du tout. Ces îlots qui ont la grosseur de 2, 4 ou 6 micromillimètres ont une texture fibrillaire concentrique. Parfois le centre de l'îlot est une petite fente aplatie, tantôt c'est un orifice capillaire, tantôt il existe une petite quantité de subs-

(1) Une analyse de ce travail a été publiée dans les *Annales des maladies de l'oreille*, 1894, XX, 8, p. 870 ; *Arch. of Otology*, 1894, XXIII, 4, p. 354; *Centralblatt für Laryngology*, 1894, XI, 3, p. 106; *Zeitschr., f. Ohrenh*, 1894, XXVI, 2, et 3, p. 235.

(2) *Progrès médical*, nos 17 et 18.

tance amorphe. Autour de ces points centraux, des fibrilles musculaires lisses à noyaux allongés,en tout semblables à ceux des tuniques vasculaires forment une sorte de tourbillon simple ou composé, comme s'il existait un ou deux centres de figure. A la limite de l'ilot les fibrilles sont en contact avec le tissu utérin avec lequel il se confond généralement sans solution de continuité, mais le tissu utérin semble enkyster le petit îlot par une disposition de plus en plus concentrique de ses fibres et de ses vaisseaux. Il n'est pas possible à ce moment de distinguer le moindre vaisseau dans les îlots en question. Ceux-ci ne se développent pas maintenant par prolifération de leurs éléments constitutifs, mais par juxtaposition d'éléments fibrillaires utérins périphériques. Bientôt cependant des vaisseaux utérins périphériques, aplatis par la néoplasie, partent de fins capillaires à direction centripète vers l'axe de l'ilot. La nutrition du petit myome semble dès lors assurée. Souvent à côté d'ilots déjà développés on voit s'en former de nouveaux, tangentiellement à leur surface, et le tissu utérin former à l'ensemble une coque de fibres musculaires plus serrées, plus aplaties avec leurs vaisseaux également comprimés.

Si on en examine un grand nombre, on acquiert bientôt la conviction que ces néoplasies ont une origine vasculaire, et pour ce qui concerne nos recherches personnelles, cette conviction se base sur les faits suivants : 1° Les plus petits myomes utérins sont incolores comme la paroi vasculaire des vaisseaux utérins injectés et non colorés sur porte-objet ; 2° leur structure est tout à fait comparable, tant par leurs éléments propres que par la disposition concentrique de ceux-ci, à la structure de certains vaisseaux utérins ; 3° la position particulière d'une série de petits myomes sensiblement sur le trajet d'un même vaisseau utérin ; 4° l'existence manifeste dans de très jeunes néoplasmes d'une lumière plus ou moins aplatie ; 5° l'absence même de capillaires dans les myomes au début et leur présence plus tard, quand la néoplasie est plus développée.

A raison de ces considérations de structure, de disposition, de forme et de mode de développement, je crois pouvoir émettre l'opinion que les myones utérins ne sont que l'enkystement des vaisseaux utérins hors d'usage ou thrombosés par le tissu normal de l'utérus.

La formation de noyaux multiples de l'utérus trouverait, d'après nous, sa cause dans de nouvelles thromboses ou compressions effectuées par les néoplasies de plus en plus volumineuses sur leurs vaisseaux périphériques. Il suffit d'examiner quelques-unes de ces tumeurs naissantes injectées au microscope pour se rendre compte de leur facile dégénérescence par vascularisation insuffisante.

Rapport sur la question mise à l'étude par la Société :
Traitement du placenta prævia.

M. Sébillotte (de Paris). — La conduite à tenir en face de l'hémorragie du placenta prævia est différente suivant l'époque de la grossesse, la variété d'insertion placentaire, l'état de la mère et de l'enfant.

Lorsque les hémorragies liées à l'insertion vicieuse surviennent avant le sixième mois de la grossesse, il est difficile pour ne pas dire impossible, de diagnostiquer leur véritable cause ; la conduite de l'accoucheur ne sera pas différente de celle qu'il tiendrait vis à vis une menace d'avortement : repos absolu au lit, hémostase et antisepsie par des injections chaudes à 48°, boissons fraîches et acidulées, médication opiacée. Si l'avortement n'a pas lieu, il faut surveiller la grossesse et éviter toute cause de récidive.

Doit-on temporiser en arrêtant l'hémorragie, dans les premiers mois de la grossesse? Si celle-ci a moins de sept mois, l'enfant a bien peu de chances de vivre, il faut tout faire pour prolonger la grossesse en se souvenant de ne jamais compromettre la vie de la mère. Après sept mois, deux cas peuvent se présenter : la perte est médiocre, unique, et s'arrête facilement avec les moyens déjà indiqués; rien n'autorise à interrompre la grossesse, mais il faut placer la patiente sous la surveillance étroite et continue d'une personne compétente. On s'assurera d'une présentation longitudinale, maintenue au besoin par une ceinture ou un bandage abdominal. On se tiendra prêt pour une intervention possible. L'antisepsie vaginale sera rigoureuse, l'état général, soutenu par les boissons et les médicaments stimulants, et si je puis m'exprimer ainsi, chaque goutte de sang perdu sera sans retard remplacée par une goutte de sérum. Avec des hémorragies graves, par leur abondance ou leurs répétitions, la temporisation ne saurait être admise. Tous les accoucheurs dans ce cas, considèrent que la vie de la femme est en péril tant qu'elle n'est pas délivrée. L'action s'impose avec un triple but : arrêter le sang, vider l'utérus, combattre l'anémie et relever l'état général. Comme moyens, les accoucheurs ont recours à un certain nombre de méthodes qui sont : l'accouchement forcé, l'accouchement rapide, la rupture des membranes, le tamponnement, soit avec des bourdonnets, soit avec les ballons vaginaux, le décollement complet du placenta, la version bi-polaire. Quelle que soit la méthode suivie, lorsque la dilatation est complète, il faut faire sans retard l'extraction de l'enfant, soit par la version ou le forceps, et dans les cas où l'enfant serait mort, par la basiotripsie. Après l'accouchement, faisons la délivrance avec soin, sans perdre de vue la patiente, combattons l'hémorragie, si elle se produit, par les injections chaudes, les injections d'ergotine, au besoin le tamponnement intra-utérin, sans oublier surtout le traitement général, car à ce moment, tout danger n'a pas disparu.

Les différentes méthodes qui précèdent présentent toutes des avantages et des inconvénients. Quelle est leur valeur respective? Il est bien difficile de le dire; mais un point sur lequel tous les accoucheurs sont d'accord et auquel ils apportent également tous leurs soins, est le traitement général.

Aux hémorragies légères, on opposera avec succès le repos absolu au lit, les injections chaudes, les boissons froides acidulées ou alcooliques et une alimentation reconstituante.

Pour les pertes plus abondantes, la position horizontale ne sera plus suffisante, la tête sera placée très bas, les jambes et le bassin élevés. Avec une bande en toile ou même la bande d'Esmarch, autour des jambes et des cuisses, on refoulera le sang au tronc et à la tête. Les syncopes seront combattues par les frictions alcoolisées, la flagellation ; le refroidissement, par les linges chauds, les boules d'eau chaude. Les injections hypodermiques d'éther et de caféine sont des stimulants précieux et efficaces. L'eau-de-vie et le rhum pur ou additionnés d'eau produisent d'excellents effets et sont bien supportés.

On a eu recours à la transfusion du sang. Son application difficile lui a fait préférer les injections de sérum artificiel. C'est le procédé le plus simple et le plus rapide que nous possédions maintenant. Employées d'abord en injections intraveineuses, par doses répétées et massives, elles ont donné de très heureux résultats entre les mains de leurs promoteurs, MM. Porak et Maygrier. Leur technique un peu délicate en dehors de l'hôpital leur a fait aujourd'hui céder le pas aux injections sous-cutanées. Le mode opératoire en est simple. L'injection peut se pratiquer avec l'appareil de M. Dieulafoy ou tout autre récipient terminé par un tube en caoutchouc et une aiguille canaliculée que l'on enfonce dans le tissu cellulaire, après les précautions d'antisepsie nécessaires du côté de l'appareil et du côté de la peau. La quantité de sérum à injecter varie suivant l'état de la malade; ordinairement, on n'injecte pas plus de 200 grammes en une fois et à la même place D'après M. Pozzi, il ne faut pas dépasser la dose de 1.000 grammes en une heure et de 3.000 grammes en 24 heures.

On discute encore sur la meilleure formule de sérum à employer. D'après les derniers travaux, il semble que l'on doive accorder la préférence à la solution de chlorure de sodium à 7 pour 1.000, comme étant celle qui altère le moins les globules sanguins. Disons en outre, qu'à leur action réparatrice, les injections de sérum ajoutent une action hémostatique rapide et très précieuse. Si l'on veut se ménager des succès, le traitement général et même les injections de sérum devront être faits de bonne heure, en maintenant les forces de la femme, en reconstituant pour ainsi dire goutte à goutte le sang perdu, les menaces seront moins grandes, l'intervention obstétricale moins impérieuse et plus raisonnée ; autant de chances de sauver la mère avec l'enfant.

A propos de 50 cas de placenta prævia.

M. Treub. — Depuis que je dirige la clinique obstétricale et

gynécologique d'Amsterdam, c'est-à-dire depuis bientôt deux ans, il y a eu, dans mon service, 50 cas de placenta prævia dans les derniers deux mois de la grossesse. Quand j'aurai ajouté que le nombre total des accouchements pendant ce même temps a été d'environ 940, vous comprendrez que la plupart des cas étaient envoyés de la ville dans la clinique justement à cause de la complication du travail, et que c'étaient des cas généralement graves. Sur ces 50 cas, il y en a 13 traités de différentes manières. D'abord 5 qui nous arrivaient avec un tampon vaginal, mais dans lesquels l'hémorragie ne se répétant pas, l'accouchement se fit tout à fait spontanément et sans difficulté aucune. Des 10 autres, la moitié présentait, au moment de l'admission à la clinique, une dilatation suffisante à permettre l'extraction immédiate de l'enfant, sans aucun danger Deux fois on a fait, sans bonne raison, l'accouchement forcé, deux autres fois on a décollé aussi haut que possible le bord du placenta et fait des injections vaginales chaudes, et une fois les membranes ont été percées, ce qui n'a eu pour résultat que de faire augmenter l'hémorragie. Il reste 37 cas traités de la manière que, pour plusieurs raisons, je tiens pour la plus recommandable. J'y puis ajouter une série de 13 cas, publiés par un de nos élèves, et provenant des premières années de mon professorat à Leyden. Dans ces 50 cas, le traitement a été le suivant : quand il y avait hémorragie, le col n'étant pas perméable : tamponnement du col et du vagin avec de la gaze iodoformée. Dès que le col laissait passer deux doigts, version combinée selon la méthode de *Braxton Hicks* et abaissement d'un pied. S'il y a moyen d'arriver aux membranes à côté du placenta, c'est là qu'on entre dans l'œuf, sinon on se fraye un chemin à travers le placenta. Il est évident qu'en faisant la version avec si peu de dilatation on devra souvent perforer le placenta. La version faite, on applique un nœud coulant au pied abaissé, et on ne tire sur le coulant que quand il y a de l'hémorragie, sinon on ne fait rien qu'observer. *Surtout pas d'extraction forcée.* Ce n'est qu'après la naissance spontanée du tronc qu'on aide la naissance des bras et de la tête. Traitement ordinaire de la période de la délivrance. Si j'ajoute que j'ai souvent fait emploi, et avec succès, d'injections sous-cutanées d'une solution physiologique de chlorure de sodium, et que, dans le cas de placenta prævia, je fais le tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée dès qu'il y a une hémorragie même légère, post partum, et que j'applique aussi le tamponnement contre les hémorragies artérielles provenant d'une déchirure profonde du col, je vous ai exposé suffisamment ma manière de faire. Quant aux résultats que j'ai obtenus, les voici : des cinquante femmes, sept sont mortes, soit 14 0/0. Des cinquante enfants, trente-deux sont nés morts, soit 64 0/0. En défalquant 13 enfants morts avant le commencement de la version, il reste 19 enfants morts sur 37, soit 51 0/0. Au premier abord ces chiffres-là ne paraissent pas bien encourageants, surtout le chiffre de la mortalité maternelle, qui est de 14 0/0.

Mais il est facile de prouver que ce chiffre brut ne prouve rien contre le traitement que je préconise. Dans ces 7 cas de mortalité maternelle, il y en a trois dans lesquels la femme a succombé à une infection grave qu'elle avait déjà en arrivant dans le service. Trois autres dans lesquels la femme était envoyée trop tard dans la clinique, de sorte que nous n'avons pas réussi à leur faire surmonter les effets des pertes de sang énormes qu'elles avaient subies. Même, l'une d'entre elles est morte une demi-heure après la version, sans être accouchée.

Une seule femme est morte qui se trouvait depuis quelque temps déjà dans la clinique Mais c'était un cas bien compliqué. L'hémorragie initiale était formidable, de sorte que la femme a failli y laisser la vie. Il y avait une rigidité excessive du col, qui rendait difficile la version et faisait tirer en longueur l'accouchement. Enfin, la partie supérieure du placenta était adhérente, de sorte qu'après trois heures d'attente, il a fallu faire la délivrance manuelle, ce qui fit perdre à la femme, déjà très anémique, un peu de sang. Ce ne fut pas beaucoup en effet, mais pourtant plus qu'elle ne put supporter, de sorte qu'elle est morte cinq quarts d'heure après.

Laissons donc de côté les chiffres, peu probants, je vous dirai les raisons qui me font préférer ce mode de traitement à tout autre. Ce sont, d'abord son extrême simplicité et ensuite son efficacité. Pour moi, toute opération obstétricale qui n'est pas simple est une mauvaise opération en soi. Il va sans dire que, dans un hôpital, l'accoucheur peut appliquer n'importe quelle méthode, pourvu qu'elle soit bonne et qu'il sache s'en servir. Mais, dans la clientèle particulière, le cas est tout autre. Le premier desideratum de toute opération obstétricale, dont la nécessité peut se présenter chaque jour, c'est que le médecin non spécialiste puisse la faire, et la faire tout seul, et avec un arsenal aussi peu compliqué que possible. La version, selon la méthode de Braxton Hicks, répond admirablement à ce desideratum. L'opérateur n'a besoin que de ses mains, et pourvu qu'il ne soit pas d'une maladresse excessive, il pourra faire la version combinée très facilement et sans narcotiser la paturiente. Si l'on éprouve de la difficulté à faire passer le pied, orteils en avant, par un col rigide, on n'a qu'à prendre le métatarse avec une pince tire-balle introduite le long des doigts. La petite plaie faite par la pince guérit sans laisser de trace. Voilà pour la simplicité. L'efficacité de la méthode est prouvée par la perte sanguine minimale que cause la version et par l'occasion qu'elle donne d'arrêter toute perte ultérieure en tirant sur le pied dès qu'il se montre de nouveau une hémorragie. En même temps, le danger d'infection est très petit en raison de l'absence de tout appareil. Pour finir, deux mots à propos du tamponnement que je conseille de faire, tant que le col ne laisse pas passer deux doigts. On lui a reproché d'être douloureux, d'être inefficace et d'être dangereux au point de vue de l'infection. Le dernier reproche peut être écarté de suite. Pour celui qui sait bien stériliser ses mains et sa gaze iodoformée, le tamponnement ne présente pas du tout de danger. Et quand on introduit la gaze, soit dans le spéculum cylindrique, soit le long de deux doigts mis dans le vagin, ce qui vaut mieux, je puis vous assurer que le tamponnement n'est pas tellement douloureux que ses adversaires se plaisent à le dire. Enfin, je sais par expérience que le tampon vaginal introduit partiellement dans le col suffit parfaitement à arrêter l'hémorragie jusqu'au moment où le col s'est assez ouvert pour permettre la version combinée. Voilà donc pourquoi, selon moi, pour le praticien en général et pour l'obstétricien qui fait des accouchements dans la clientèle privée, donc aussi pour celui qui est appelé à instruire les futurs médecins, la méthode de traitement du placenta prævia que j'ai décrite succinctement, est la méthode de choix (1).

M. Keiffer est partisan de la méthode de traitement de l'hémorragie après l'accouchement et par placenta prævia par les injections de sérum artificiel. Une fois le diagnostic fait, il faut établir en principe l'injection sous-cutanée telle qu'on la fait habituellement : il suffit pour cela d'un tube de caoutchouc et d'une aiguille de Pravaz. Quelques secondes après le début de l'injection, on constate son action vaso-motrice, c'est-à-dire hémostatique.

M. Démelin, à propos de l'anesthésie, fait remarquer l'action nuisible du chloroforme chez les femmes qui ont eu des hémorragies par placenta prævia. On pourrait dans ces cas proscrire le chloroforme et indiquer l'éther.

M. Maygrier. — Il me semble que M. Sébillotte est arrivé à cette conclusion que l'on ne peut avoir recours à une seule méthode, mais à plusieurs. Dans sa pensée serait-il possible d'indiquer tel traitement pour tel ou tel cas?

M. Budin. — M. Sébillotte a raison de dire qu'il est difficile de juger de la valeur des traitements et des méthodes, il est difficile de déterminer par avance à laquelle on aura recours. Pour M. Treub, cela paraîtrait plus simple : tamponnement puis version bi-polaire lorsque la dilatation est suffisante ou bien si cette condition existe, version bi-polaire immédiate. Cela simplifierait beaucoup, mais je lui ferai une petite objection : si après le tamponnement, l'hémorragie s'arrête, pourquoi alors recourir à la manœuvre de Braxton Hicks et qu'elle sera

---

(1) Dans la discussion, une question de M. Budin m'a donné l'occasion de réparer un oubli et d'ajouter que quand j'ai fait le tamponnement et qu'il ne survient pas d'hémorragie ultérieure, je n'interviens plus du tout, et je laisse aller l'accouchement tout seul. Mais dès qu'il y a une hémorragie, même légère, à travers le tampon, je le retire et je fais la version par manœuvres combinées.

pour lui la raison d'intervenir et le moment? Ne vaudrait il pas mieux dans ce cas, laisser aller les choses?

M. TREUB. — M. Budin me donne l'occasion de réparer un oubli : je laisse le tamponnement en place tant qu'il n'y a pas d'hémorragie et alors la femme accouche d'abord de son tampon, puis de l'œuf.

M. SÉBILLOTTE.— J'aurais bien voulu traiter la question qu'a touchée M. Maygrier, mais il est difficile de cataloguer et de classer les faits de façon à pouvoir leur attribuer tel ou tel traitement. Ceux qui ont voulu agir ainsi se sont trompés, je n'ai pas voulu faire de même. A chaque cas convient une intervention particulière suivant l'état de la mère et celui de l'enfant. — Je me suis borné à souligner l'action hémostatique du sérum et son importance.

Présentation de pièces.

M. MAYGRIER présente des pièces, utérus et vessie provenant d'une autopsie médico-légale faite chez une femme morte après un accouchement laborieux. Ces organes sont le siège de lésions traumatiques produites au cours d une craniectomie. Les lésions consistent en deux plaies de la vessie, verticales, à bords rectilignes, situées en regard l'une de l'autre. L'une occupe la face postérieure de la vessie et intéresse en même temps la lèvre antérieure du col de l'utérus dans toute son épaisseur ; l'autre siège sur la partie latérale droite de la vessie. Il s'agit donc d'une perforation vésicale déterminée par un instrument qui a pénétré dans la lèvre antérieure du col utérin d'abord, puis dans la vessie, qu'il a traversée de part en part. L'hypothèse émise sans examen de la pièce, qu'une pareille lésion pourrait être d'origine spontanée, devient inadmissible quand on la pièce sous les yeux.

Scarlatine puerpérale.

M. TISSIER (de Paris). — Certains auteurs (Helm, Schröder, Winckel, Mackness) considèrent les éruptions scarlatiniformes survenant chez les femmes en couches, comme l'expression d'états infectieux d'origine utérine se généralisant. D'autres (B. Hicks, Keishman, Barnes) admettent que le poison scarlatineux peut engendrer les accidents d'infection puerpérale et qu'il y a confusion des deux éléments. Guéniot estime qu'il s'agit bien de scarlatine, mais de scarlatine modifiée, atténuée, à laquelle il a donné le nom de scarlatinoïde. Enfin, la plupart des pathologistes et des accoucheurs (Mac-Clintock, Lorain, Olshausen, Siredey, L. Meyer, Boxwal, Renver) estiment qu'il y a scarlatine vraie, apparaissant après incubation de durée variable à l'occasion de l'accouchement qui agit comme un traumatisme. Cette dernière opinion admise en principe, est pourtant bien contestée dès qu'on examine chaque cas particulier. M. Tissier a pu suivre à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine, une femme qui lui paraît avoir présenté un exemple typique et incontestable de scarlatine vraie. Il ne s'agissait ni d'un exanthème dans une infection, ni d'une éruption médicamenteuse ni d'une éruption grippale, ni d'une scarlatinoïde. Les caractères de l'éruption, la gravité du mal, l'existence de l'angine, des douleurs articulaires, le mode selon lequel s'est effectuée la desquamation, etc., etc., enfin l'analogie bactériologique des sécrétions génitales d'une part, et d'autre part, du sang, paraissent établir la précision du diagnostic.

M. BUDIN. — Le fait rapporté par M. Tissier me semble devoir être regardé comme une observation de scarlatine vraie. J'ai personnellement vu, dans le service du Pr Depaul, un fait analogue. La scarlatine se déclara le lendemain de l'accouchement. Autrefois, lorsque les cas d'infection étaient fréquents, il était bien difficile de distinguer les éruptions scarlatiniformes des scarlatines vraies. Cette distinction est plus facile aujourd'hui. Ce qui frappe, dans ces cas, c'est l'apparition rapide de l'éruption après l'accouchement. Mais des faits analogues et assez nombreux peuvent être rapportés : chez les femmes qui ont eu des fièvres intermittentes, et qui n'en paraissent plus atteintes, on voit souvent les accès éclater le lendemain de la parturition ou dans les jours qui suivent. De même chez les femmes qui avaient été exposées à la rougeole pendant leur grossesse, cette maladie peut apparaître presque immédiatement après l'accouchement. Enfin, dans les cas où il y a eu des abcès dans un point de l'économie, il n'est pas raro de voir une suppuration s'établir vite aussitôt après la parturition. Il semble que, comme l'a dit Verneuil, il y ait du microbisme latent et que, sous l'influence du traumatisme, les conditions nouvelles dans lesquelles se trouve l'économie facilitent la réapparition des accidents.

M. GAULARD. — La scarlatine peut exister chez une accouchée ; il y a des faits indiscutables, mais il est très difficile d'affirmer si c'est de la scarlatine ou une autre maladie.

M. KEIFFER a observé une femme qui fut atteinte de rougeole au sixième mois de sa grossesse et guérit facilement. Elle accouche à terme et le lendemain de l'accouchement, l'enfant a la rougeole. Dans ce cas, le microbe a traversé la placenta pour arriver à l'enfant et il ne s'est manifesté que trois mois après.

M. SÉBILLOTTE se range aussi à la théorie du microbisme latent, surtout pour la scalatine.

Grippe de puerpéralité.

MM. BAR et BOULLE (de Paris). — Nous avons pu observer cet hiver, pendant l'épidémie de grippe qui a sévi à Paris, 50 cas de grippe chez des femmes enceintes ou accouchées. Sur ces 50 cas, il y a eu 4 morts. D'emblée nous pouvons donc dire que la grippe est une complication sérieuse de la grossesse et des suites de couches.

I. — Chez 40 *femmes enceintes*, la grippe a affecté une fois la forme nerveuse, 2 fois la forme gastro-intestinale; dans tous les autres cas, la forme respiratoire. C'est donc la grippe broncho-pulmonaire qui s'observe le plus souvent pendant la grossesse; et dans ces cas, l'agent pathogène qu'on rencontre le plus souvent est le pneumocoque. Chez une femme atteinte de grippe pendant la grossesse, on observa, pendant les suites de couches, une pyélite du côté droit, d'origine colibacillaire. Sur 37 femmes atteintes d'accidents respiratoires de la grippe, 33 fois l'évolution fut simple jusqu'à l'accouchement, 4 fois il y eut des complications; deux fois une pneumonie guérie avant l'accouchement (pneumocoques); une fois une pneumonie avec otite et méningite à pneumocoques, et entraînant la mort peu d'heures après l'accouchement; 1 fois une pleuro-pneumonie mortelle (3 jours après l'accouchement). En somme, la grippe est sérieuse pendant la grossesse, et l'état de grossesse semble surtout aggraver le pronostic de la pneumococcie. Mais la grippe influe aussi sur la marche de la grossesse, mais peu. Deux fois seulement, on nota des métrorrhagies, mais sans avortement. Si la grippe survient dans les derniers mois de la grossesse, l'accouchement peut être prématuré. Quant à la délivrance artificielle, on a été obligé dans quelques rares cas de la faire, pour adhérence du placenta.

II. — De la grippe pendant les *suites de couches*. — Dans 30 de nos cas, la grippe existant déjà pendant la grossesse, a duré encore pendant les suites de couches. 10 fois la grippe n'est survenue qu'après l'accouchement. La grippe est très grave pendant les suites de couches. — A. Sur 30 cas, 8 fois (26 0/0) il y eut des accidents très graves; 22 fois, la grippe, quoique bénigne pendant la grossesse, s'aggrava pendant les suites de couches. On nota ainsi une fois de l'infection utérine à streptocoques; 3 pneumonies avec 2 morts; 1 cas de phlébite de la jugulaire externe et de la céphalique, avec guérison; 1 cas de pneumonie et à l'autopsie, on trouva du streptocoque dans l'utérus et une endocardite pneumococcique. Dans un cas où l'on fit la symphyséotomie, la grippe, bénigne pendant la grossesse, s'aggrava après l'accouchement; la femme eut une pneumonie et une infection purulente véritable; elle guérit.

En résumé, la grippe est une complication sérieuse de la grossesse, plus sérieuse encore des suites de couches. On peut observer la pneumonie, l'endocardite, la phlébite, l'infection purulente. La grippe, bénigne pendant la grossesse, peut s'aggraver pendant les suites de couches. — B. Si la grippe ne survient qu'après la délivrance, elle est très grave. Sur 10 cas, on a noté 5 cas de broncho-pneumonie grave avec phlébite.

M. BUDIN demande à M. Bar comment il se fait qu'il ait observé un aussi grand nombre de cas de grippe, dans un aussi court espace de temps; pendant l'épidémie dont parle M. Bar, M. Budin n'ayant lui-même observé que peu de cas de grippe.

M. MAYGRIER. — L'examen bactériologique a-t-il été fait dans tous les cas?

M. Bar. — Il y a eu une véritable épidémie de grippe dans notre service. L'examen bactériologique a été fait dans la plupart des cas, mais surtout quand il y avait des complications. On a trouvé alors le pneumocoque ou le streptocoque. Nous n'avons pas cherché le bacille de Pfeiffer; mais l'allure clinique de la maladie était toujours celle de la grippe.

M. Budin. — Les nombreux cas de grippe que vient de nous citer M. Bar, sont une preuve qu'un service d'isolement pour les femmes enceintes malades s'impose absolument.

Forceps et version dans un bassin rachitique légèrement scoliotique.

M. Patay (de Rennes). — M. Demelin lit, au nom de M. Patay, l'observation d'une femme chez laquelle l'auteur fit l'accouchement prématuré provoqué. Il présente le bassin de cette femme chez laquelle une application de forceps et la version offrirent les plus grandes difficultés.

Présentation d'un forceps.

M. Budin présente au nom du Dr Saillet un nouveau forceps à traction dans l'axe et à courbure périnéale sur les manches. Il n'y a pas de branches de traction séparées des branches de préhension. C'est un forceps à branches parallèles et un dis ositif très simple permet de mesurer le degré d'écartement des cuillers et par là même, le diamètre de la tête fœtale.

Etude sur le forceps Crouzat.

MM. Maygrier et Schwab. — Puisque la question des applications de forceps au détroit supérieur, dans les bassins aplatis, est à l'ordre du jour du Congrès, il nous a semblé bon de rapporter un certain nombre d'observations dans lesquelles nous avons eu l'occasion d'appliquer au détroit supérieur le forceps de M. Crouzat. Ce forceps, décrit en 1894, présente ceci de particulier : la courbure périnéale est reportée sur les manches; les cuillers sont plus larges que dans le forceps Tarnier; de plus, l'extrémité des cuillers, au lieu de présenter un bord convexe et un bord concave, est convexe sur les deux bords. Le tracteur se place à l'extrémité des manches et se compose d'une tige de traction et d'un glissoir serre-tête. La tige de traction s'articule avec le glissoir au moyen d'une pointe en acier reçue dans une cupule. Nous pouvons rapporter huit observations dans lesquelles nous avons appliqué avec succès, au détroit supérieur, l'instrument de Crouzat. Dans six cas, il s'agissait de bassins rétrécis aplatis. Une fois le forceps Crouzat a réussi, alors que le forceps Tarnier avait dérapé. Dans tous les autres cas, l'application du Crouzat a été faite d'emblée et avec succès. Le rétrécissement du bassin, il est vrai, était modéré; le diamètre promonto-pubien minimum variait de 8,5 à 9,5 centimètres. Une fois, nous avons appliqué le forceps sur une face élevée en MIDP, et l'extraction a été très facile. Dans tous nos cas, nous avons fait au détroit supérieur, une prise oblique de forceps. Or, dans aucun cas, les tractions n'ont exigé un grand déploiement de force. L'extraction semble plus facile qu'avec le Tarnier. L'articulation de l'instrument se fait toujours facilement. L'instrument, de plus, tient solidement la tête; jamais nous n'avons observé ni glissement, ni dérapement. Sur nos huit cas, huit mères ont quitté le service en bon etat; sept enfants sont sortis vivants; un seul a succombé ; mais il y avait une compression du cordon entre la tête et le forceps. Expérimentalement, nous avons pu confirmer les résultats cliniques obtenus avec le forceps Crouzat. L'instrument tient solidement la tête, ne dérape pas. De plus, les tractions nécessitées pour engager une tête arrêtée au détroit supérieur, ont besoin d'être moins fortes avec le Crouzat qu'avec le Tarnier. Dans un cas où il a fallu une force de traction de 32 kilos avec le forceps Tarnier, il n'a fallu que 20 kilos avec l'instrument de Crouzat. En résumé, le forceps de M. Crouzat semble présenter des avantages certains pour les applications au détroit supérieur.

Des applications de forceps au détroit supérieur dans les bassins rétrécis.

M. Budin. — Les applications de forceps au détroit supérieur, admises par la plupart des accoucheurs sont aujourd'hui rejetées par un certain nombre d'autres. Ces derniers ne veulent plus y avoir recours dans aucun cas; il en résulterait que toutes les modifications apportées à l'instrument de Chamberlen par Levret, Smelliaie, Tarnier et tant d'autres, seraient absolument inutiles.

Les applications de forceps au détroit supérieur peuvent être des applications : 1° *antéro-postérieures*; 2° *transversales*; 3° *obliques*.

Les *applications antéro-postérieures* auxquelles des accoucheurs étaient revenus dans ces dernières années, ne doivent pas être faites ; pour cela on peut s'appuyer sur des recherches expérimentales et sur des observations cliniques. Si, prenant un bassin rétréci, bassin osseux ou bassin de fonte, on essaie de faire passer, à travers son détroit supérieur, une tête fœtale dont le diamètre bi-pariétal est égal au diamètre promonto-pubien minimum, cette tête passe à frottement léger et facilement sous le poids du corps de l'enfant ou sous l'action d'une pression légère. Si, au contraire, sur cette même tête arrêtée au-dessus du détroit supérieur, on essaie de faire une application antéro-postérieure de forceps, la tête ne passe pas. Cette expérience facile à répéter est absolument convaincante. A plus forte raison, la tête ne passe-t-elle pas lorsque le diamètre promonto-pubien minimum est plus petit que le diamètre transverse de la tête fœtale. Il a été fait à cette application antéro-postérieure un certain nombre de reproches. Les cuillers du forceps se trouvent prises entre deux surfaces osseuses, le promontoire et la symphyse pubienne. Quand on exerce des tractions, l'anneau osseux joue le rôle de la virole sur le porte-crayon ; la tête du fœtus se trouve fortement comprimée et les fractures du crâne ne sont pas rares. Les parties molles maternelles qui sont en rapport avec la paroi postérieure de la symphyse pubienne sont fortement comprimées; elles peuvent être contusionées et plus ou moins fortement lésées. Enfin, pour appliquer le forceps d'avant en arrière, il faut refouler la tête et la mise en place de l'instrument présente un certain nombre de difficultés. Les statistiques qui ont été fournies donnent des résultats déplorables pour les enfants, aussi les applications antéro-postérieures sont-elles abandonnées par tout le monde.

Les *applications de forceps directes* au détroit supérieur, c'est-à-dire celles dans lesquelles on place les cuillers aux extrémités du diamètre transversal, ont l'avantage de permettre d'exercer facilement des tractions dans l'axe du détroit supérieur; elles ont, au contraire, l'inconvénient de faire placer une cuiller sur la région occipitale et l'autre sur la face. Habituellement, cependant, les cuillers ne peuvent rester dans cette situation : l'extrémité de celle qui est en rapport avec l'occiput ne pouvant s'enfoncer dans la nuque ou dans le cou, glisse sur la surface fœtale et l'instrument se trouve obliquement placé. Lorsque la tête se trouve arrêtée au niveau du détroit supérieur rétréci, poussée par les contractions utérines, elle se place transversalement et se défléchit plus ou moins, car elle tend à adapter son diamètre le plus petit et le plus réductible, le diamètre bi-temporal ou un diamètre voisin, au diamètre antéro-postérieur du bassin. Dans ces conditions, si la disproportion qui existe entre la circonférence céphalique et le pourtour du détroit supérieur n'est pas trop grande, il semble qu'une nouvelle force ajoutée à la contraction utérine pourra permettre le passage de la tête, c'est-à-dire l'accouchement. Dans ces conditions, les *applications obliques* peuvent rendre de grands services. Pour cela, il faut, sans déplacer la tête, sans rien perdre du terrain déjà acquis, placer par un véritable cathétérisme les deux cuillers aux extrémités postérieure et antérieure d'un des diamètres obliques. L'instrument se trouve alors appliqué avec une de ses branches en rapport avec la région mastoidienne d'un côté, avec l'autre branche en rapport avec la région frontale du côté opposé. Si l'on exerce alors des tractions au moment même où les contractions utérines surviennent; si, de plus, on fait faire simultanément de l'expression à travers la paroi abdominale, on peut sentir la tête s'engager et voir l'accouchement se terminer.

On ne saurait prétendre que, dans ces cas, comme dans les applications antéro-postérieures de forceps, le cercle osseux pelvien se comporte comme une virole : en effet, les deux cuillers ne sont nullement en contact entre deux surfaces osseuses

résistantes et opposées, comme le promontoire et le pubis. On a dit également que ces applications étaient dangereuses pour l'enfant, car la pression exercée avec le forceps était proportionnelle à la puissance de traction déployée. Ce reproche qui peut être fait au forceps de Levret ne s'applique point au forceps de Tarnier ou aux forceps similaires qui possèdent un tracteur. Avec le forceps de Tarnier, la tête est entraînée de haut en bas par l'extrémité recourbée des cuillers, mais nullement comprimée transversalement, dans une proportion égale à la traction. M. Budin a déjà rapporté, en 1892, la statistique des applications de forceps au détroit supérieur faites à la Charité. Il désire publier les résultats qui ont été obtenus à la Maternité en 1895, 1896, 1897 et pendant les deux premiers mois de l'année 1898.

Il est un certain nombre de cas dans lesquels l'application de forceps au détroit supérieur paraît s'imposer. Dans certains cas, la vie de l'enfant est déjà compromise par un travail prolongé ou par des applications de forceps tentées par d'autres médecins ; d'autres fois, la femme est apportée à l'hôpital ayant de la fièvre et déjà infectée. Dans ces conditions, on n'ose faire courir à la mère les dangers d'une opération césarienne ou d'une symphyséotomie. Certaines femmes, arrivées à terme et se trouvant en travail, refusent absolument de courir aucun risque, elles ne veulent accepter ni la symphyséotomie, ni la section césarienne. Il faut pourtant bien essayer de les accoucher, de sauver l'enfant si l'on peut et de sauver aussi la mère. Du reste, les succès avec le forceps, dans ces conditions sont assez nombreux avec les applications obliques. Dans certains cas même, si on échoue, on peut encore réussir à extraire un enfant vivant avec la version. On peut même se réserver, si la femme et l'enfant sont dans de bonnes conditions, de ne tenter la symphyséotomie que si l'application de forceps a échoué. M. Budin fait remarquer de plus que, avant de se décider, l'accoucheur doit tenir grand compte du degré et de la forme du rétrécissement; du volume, de la situation et de la réductibilité plus ou moins grande de la tête fœtale. Il devra tenir compte aussi de l'état de l'enfant, et de celui de la mère. M. Budin énumère toutes les observations recueillies chaque année. 54 fois, le forceps fut appliqué au détroit supérieur; 19 enfants moururent. Parmi eux, 6 avaient succombé au dehors, c'est-à-dire avant l'entrée de la femme à l'hôpital ou avant l'application de forceps; un né vivant, succomba deux jours ~~plus~~ tard et à l'autopsie, on trouva une anomalie incompatible avec la vie, une inversion splanchnique. Dans trois cas, où pendant les vacances, il fut fait des applications antéro-postérieures, les enfants succombèrent à des fractures du crâne. Restent donc 9 décès pour les enfants sur 54. 45 sortirent de l'hôpital vivants et bien portants.

Quant aux mères, pas une seule ne succomba, la mortalité pour elles est égale à 0. La morbidité elle-même fut presque nulle, sauf pour quelques femmes qui se trouvaient en état d'infection quand elles ont été apportées à l'hôpital. Tels sont les résultats d'une pratique de trois années, dans un hôpital où la dystocie est considérable. Les applications obliques du forceps au détroit supérieur, faites dans les conditions indiquées plus haut, doivent donc être maintenues et elles peuvent rendre de grands services. M. Budin déclare, aujourd'hui comme en 1892, que les autres modes d'intervention, la version, l'accouchement prématuré, la symphyséotomie, l'opération cesarienne ont également leurs indications, il faut y recourir suivant les circonstances, tout en tenant compte du danger que chacune d'elles fait courir aux enfants et aux mères. Les faits rapportés par M. Budin montrent que les applications de forceps au détroit supérieur peuvent sauver un grand nombre d'enfants; elles lui ont permis, en tout cas, de sauver toutes les mères et leur vie doit peser beaucoup plus dans la balance que celle des enfants.

Élection d'un deuxième vice-président (Paris).

M. Maygrier est élu deuxième vice-président de la Société obstétricale de France. Léon Merle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 avril 1898. — Présidence de M. Berger.

M. Berger *président*, annonce la mort de M. Zancarol, bien connu par ses diverses publications.

M. Picqué présente une épreuve radiographique se rapportant à un cas de luxation du pied, dont le diagnostic avait présenté des difficultés.

Psychoses post-opératoires.

La discussion commencée dans les séances précédentes continue par la lecture d'un rapport de M. Barette. Cet auteur rapporte trois cas de délire survenus après des interventions gynécologiques. Chez une seule de ces malades, l'hystérie existait auparavant. Cette femme, chez qui fut pratiquée l'ablation totale de l'utérus et des annexes, présenta un délire de persécution, accusant son opérateur de s'être livré sur elle à des expériences, de lui avoir oublié des instruments dans l'abdomen, etc.. Sous l'influence de ces obsessions délirantes, elle tenta de se tuer en se jetant par la fenêtre et se cassa une jambe. L'état mental continua à s'aggraver et la malade s'achemina vers la paralysie générale.

M. Tuffier fait remarquer que l'opération est un acte très complexe et qu'il est difficile d'apprécier comment elle agit sur l'état mental d'un sujet, d'autant que la psychose est chose difficile à délimiter. Les psychoses sont rares chez l'enfant et chez l'homme. Dans un cas de délire observé chez un enfant, il s'agissait d'une forte attaque d'hystérie. Un homme, ayant subi la castration pour troubles urinaires, présenta du délire furieux pendant 7 jours. Tous les autres cas se rapportent à des femmes. Une femme, après trépanation de l'apophyse mastoïde, présenta du délire furieux pendant un mois. On était sur le point de la faire interner, lorsque le délire disparut tout à coup. On s'était servi d'iodoforme pour le pansement. Il faut dire, à ce propos, que l'iodoforme peut causer un délire très prolongé. En effet on peut retrouver encore de l'iodoforme dans l'urine des malades 7 ou 8 jours après en avoir cessé l'usage. Une autre femme, malade dans son appareil utéro-ovarien, et atteinte de troubles mentaux, subit une double castration tubo-ovarienne. Une grande amélioration se produisit du côté cérébral, mais le délire reparut plus tard. Quoi qu'il en soit, l'opération a produit une action très nette et manifeste sur son état mental.

M. Poirier n'a observé le plus souvent que des délires passagers survenant chez des nerveuses, prédisposées. Il ne pense pas que l'opération puisse produire des troubles persistants chez des individus non prédisoposés.

M. Bouilly apporte d'importants éléments à la discussion en exposant ce qu'il a observé dans sa pratique gynécologique. En ce qui concerne l'hystérie, il faut distinguer les cas d'hystérie vraie, essentielle, dont le délire se rapproche de l'aliénation mentale, et les cas où l'hystérie est liée à une lésion génitale. Les premiers sont aggravés par l'opération, tandis que les hystériques du second groupe retirent de grands bénéfices de l'ablation des organes malades. L'existence d'un état cérébral antérieur dans les cas de psychose est souvent noté. Une malade atteinte de cancer du corps de l'utérus présentait un état mélancolique, qui ne fit qu'augmenter après l'opération et amena la mort dans le marasme. La mère était morte folle. Dans un autre cas, c'était l'état utérin qui était en cause. Il s'agissait d'une jeune femme, chez qui l'endométrite entretenait une humeur triste, inquiète. Elle subit la castration pour salpingite double. Rentrée chez elle elle devint complètement folle et dut être internée. Une autre femme de 73 ans opérée d'un sarcome utérin, succomba à un délire mélancolique caractérisé par un état de dépression extrême. Deux autres malades ont offert le tableau de la folie mystique. L'une s'était réfugiée dans une chapelle des environs de Cochin, d'où on ne put la faire sortir que pour la conduire à Sainte-Anne. Ce qu'il est fréquent d'observer chez les femmes saines d'esprit, c'est de l'obnubilation des idées. Cet état dure environ 8 jours et tout rentre dans l'ordre. Ces accidents légers et fugaces sont ceux qu'on observe le plus souvent après les opérations portant sur le périnée, le vagin ou l'utérus. Au point de vue pratiquo, il faut tenir grand compte de l'appréhension causée

à la malade par l'opération. Cette phobie opératoire, poussée souvent jusqu'à la terreur, constitue une contre-indication et commande de surseoir à l'opération. En effet les malades ainsi terrorisées deviennent la proie facile des moindres complications. Cette phobie poussée à l'excès peut causer la mort. Aussi quand une femme, dès les premières bouffées de chloroforme, manifeste sa terreur par une agitation extrême, est-il prudent de ne pas aller plus loin.

En procédant à l'examen psychique des malades avant l'opération, on pourra reconnaître l'existence d'une tare cérébrale ou d'un état mental spécial et cet examen permettra de prévoir un danger et aussi de l'éviter.

La gastrostomie par le procédé valvulaire,

M. Ricard, à propos d'un malade de M. Loisan opéré par ce procédé, fait la critique des divers procédés de gastrostomie. En présence d'un rétrécissement de l'œsophage nécessitant une gastrostomie, à quel procédé avoir recours? Le procédé ancien qui consiste à fixer l'estomac à la paroi et à le ponctionner est aujourd'hui rejeté. Parmi les procédés modernes ceux de M. Berger, de M. Terrier, constituent un grand perfectionnement, mais la digestion de la paroi par le suc gastrique est encore à craindre.

On s'est efforcé de donner au trajet une longueur plus grande dans le but de rendre la bouche stomacale continente.

Le procédé de M. Poncet comprend deux temps : 1° dans un premier temps, on fixe la face antérieure de l'estomac à la paroi de l'abdomen que l'on referme ensuite ; 2° dix jours après quand la cicatrisation s'est opérée, on ponctionne dans la cicatrice. Le trajet ainsi formé comprend l'estomac, plus l'épaisseur de la paroi. Mais en opérant ainsi, on agit à l'aveugle. Le procédé de Witzel consiste à établir un trajet oblique entre les muscles de la paroi avant d'aborder l'estomac. On se flatte d'obtenir ainsi une boutonnière musculaire capable d'agir comme un sphincter. Mais ce sont là des procédés difficiles et longs. Le procédé valvulaire de Fontan est basé sur les expériences de M. Pénières (de Toulouse), sur le chien. Si au lieu de laisser l'estomac à plat au niveau de l'incision, on le fait saillir en cône hors de la plaie, la hernie ainsi produite se rétracte les jours suivants; mais comme ce retrait s'opère aux dépens de la paroi musculo-séreuse, il en résulte que la muqueuse devenue trop large fait une saillie en sens inverse, formant *valvule* vers l'estomac. C'est grâce à cette valvule muqueuse, que la bouche stomacale est continente.

M. Fontan réalise ce procédé de la façon suivante : 1° après incision de la paroi, saisir l'estomac, en attirer une partie au dehors en forme de cône, rendre définitive l'extériorisation de ce cône par une suture séro-séreuse ; 2° invaginer en dedans ce cône hernié ; perforer l'estomac au bistouri, placer une sonde à demeure.

M. Forgue a eu recours dans quatre cas au procédé valvulaire, mais en le calquant de plus près sur l'expérience de M. Pénières. Il ponctionne d'emblée le sommet du cône, sans le retourner en doigt de gant. La valvulation s'opère d'elle-même.

M. Tuffier. — L'idéal qu'on se propose d'obtenir est un estomac tolérant. Or certains estomacs se montrent intolérants, quel que soit le procédé employé. On pratique l'ouverture trop basse. Il convient de la placer très haut près du cardia, ce qui est difficile, car en réalité l'estomac est un organe intrathoracique. On peut au moyen d'une sonde cheminant dans la paroi stomacale aller perforer la muqueuse très haut près du cardia, de façon à faire un orifice stomacal plus haut situé que l'orifice cutané.

M. Routier s'élève contre les procédés compliqués. La gastrostomie étant le plus souvent une opération d'urgence il a recours au procédé le plus simple. L'estomac étant attiré, il le fixe à la paroi par deux anses latérales et deux autres anses transversales. L'estomac ainsi fixé par quatre points de suspension est perforé et une sonde est placée dans l'orifice.

MM. Lucas-Championnière, Schwartz, Monod combattent aussi les procédés complexes.

M. Ricard, résumant l'argumentation, constate que tout le monde est d'accord pour abandonner les procédés en deux temps et pour rejeter les procédés complexes. Mais le procédé valvulaire est en réalité très simple. Il ne diffère du procédé ordinaire que par un temps qui dure trente secondes et qui consiste à faire saillir l'estomac au dehors.

M. Schwartz montre deux radiographies, faites par M. Poupinel, l'une de luxation congénitale, l'autre de luxation pathologique.

M. Tuffier présente un malade auquel il a pratiqué la pylorectomie.

P. Rellay.

BIBLIOGRAPHIE

Traité médico-chirurgical de Gynécologie; par les Drs Labadie-Lagrave et Legueu. Paris, 1898 - F. Alcan, éditeur.

A ses premières périodes, la gynécologie eut un caractère surtout médical. Avec l'antisepsie s'ouvre une nouvelle phase et elle devient presque exclusivement chirurgicale. C'était tomber d'un excès dans l'autre. La gynécologie est justiciable et de la médecine et de la chirurgie. Loin de s'exclure elles se complètent l'une l'autre. C'est ce qu'ont très bien mis en lumière MM Labadie-Lagrave et Legueu, dont on connait la grande expérience en la matière. Le *Traité médico-chirurgical de Gynécologie* qu'ils viennent de publier a pour but, comme ils le disent, « de caractériser cette union intime qui doit exister entre la médecine et la chirurgie ». Leur but a été atteint; cet ouvrage vient combler une lacune énorme; tous les praticiens leur en seront reconnaissants. La classification qu'ils ont adoptée a pour base la pathologie générale.

L'ouvrage se divise en deux parties, l'une comprenant les généralités, l'autre des descriptions spéciales. Dans la première, sont étudiés à un point de vue général les *sgndromes*, le *diagnostic* et les *moyens thérapeutiques*. Dans la seconde se trouve la description des affections gynécologiques en particulier. Deux chapitres distincts sont consacrés à la *grossesse extra-utérine* et à l'*hématocèle intra-péritonéale*. Dans un chapitre spécial sont groupées les *complications* et les *conséquences* des opérations gynécologiques. Enfin l'ouvrage se termine par un chapitre consacré à l'étude des *rapports pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire*.

Des points tout à fait nouveaux ont été abordés dans ce traité, tels le *traitement hydrominéral*, le *traitement hydrothérapique des affections gynécologiques*, les *injections de solutions salines*, l'*opothérapie*, etc.

Des développements étendus ont été consacrés à des questions d'actualité, telles que les *tumeurs utéro-placentaires*, la *môle hydatiforme*, la *structure et la pathogénie des fibromes*, les *sarcomes de l'utérus*, etc.

Au point de vue des opérations, les auteurs se sont surtout attachés à étudier les *résultats éloignés* et à présenter les *indications* de ces opérations.

Un grand nombre de figures dessinées d'après des pièces originales donnent encore davantage de clarté et complètent ce magistral ouvrage destiné à occuper une des premières places dans la bibliothèque de tout praticien. Car non seulement il y apprendra à diagnostiquer les affections gynécologiques, mais il y trouvera pour chaque cas des indications nettes et précises, médicales ou chirurgicales, suivant les cas.

L. M.

Gynécologie clinique et opératoire; par Schmeltz (de Nice). — Soc. d'Edit. scient., Paris, 1897, in-8° 150 p., 84 fig.

Livre clair, écrit sans prétention, renfermant des figures nettes, de bons schémas, se bornant à classer, d'une façon concise, les instruments, les principales méthodes opératoires. L'ouvrage est divisé en quatre chapitres : 1° topographie des organes pelviens; 2° examen gynécologique ; 3° maladies des organes génitaux de la femme ; et enfin, 4° vices de conformation des organes génitaux. Le praticien y trouvera des renseignements précis et la description des procédés les plus nouveaux. La gynécologie fait des progrès rapides et ceux qui, comme M. Schmeltz, essaient de la mettre à la portée de tous, « tirent de leur propre expérience des conclusions déjà vécues, « ne peuvent manquer de faire œuvre utile ».

M. B.

VARIA

M. le Dr NAPIAS, directeur de l'Assistance publique.



Notre ami le Dr NAPIAS, inspecteur général des établissements de bienfaisance, vient d'être nommé directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique de Paris, à la place de M. le Dr Peyron, admis, sur sa demande, à la retraite. Nous n'osions pas espérer un aussi heureux choix. La compétence de M. Napias dans les questions d'assistance et d'hygiène est reconnue de tous. Ses nombreux et remarquables travaux en font foi. L'expérience pratique qu'il a acquise dans ses fonctions d'inspecteur général le mettait hors de pair avec ses compétiteurs. Dans son nouveau poste, l'auteur du *Mal de Misère* et de l'*Assistance publique dans le département de Sambre-et-Loire* est bien à sa place. Nous sommes heureux de lui adresser nos plus vives félicitations (1). B.

Société pour la propagation de l'incinération.

Cette Société, reconnue d'utilité publique, par décret du 12 octobre 1897, tiendra son assemblée générale samedi soir, 7 mai, à 8 h. 1/2, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, rues Serpente et Danton. — Dans un but de propagande, le public sera admis à la séance. Seuls les membres de la Société pourront prendre part aux votes.

Congrès national de médecine.

La ville de Lille a été désignée pour 1899. La réunion aura lieu au mois d'août. Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes : myocardites ; adénies ; accoutumance aux médicaments. — Le président désigné est notre ami le Pr Grasset, assisté de MM. Lemoine et Lapersonne ; M. Combemalle, *secrétaire général* ; M. Looten, *trésorier*.

Le typhus à Alger.

Le gouverneur général de l'Algérie, M. Lépine, a communiqué à la presse la note suivante (29 avril) :

« Plusieurs journaux, dans une arrière-pensée politique trop évidente, cherchent à alarmer la population en parlant d'une épidémie de typhus qui se serait déclarée à Alger. Il y a réellement trente personnes dans l'ambulance, atteintes ou supposées atteintes de typhus. Il est inexact que la prison Barberousse soit le foyer de la maladie. Cet établissement est tenu avec grand soin et le nombre des détenus n'excède pas le chiffre des prisonniers qui y sont ordinairement incarcérés. On a à déplorer un seul décès, celui d'une infirmière de l'hôpital de Mustapha, et encore il n'est pas prouvé qu'elle soit morte des suites du typhus. »

De son côté, la commission d'hygiène et de salubrité de la ville d'Alger communique à la presse un procès-verbal duquel il résulte qu'il a été constaté à Alger 45 cas de typhus, dont 10 à la prison civile de Barberousse. Le rapport ajoute que, selon l'indication des médecins, le foyer initial de la contagion est bien la prison civile.

« La commission locale estime qu'il y a lieu de poursuivre auprès des autorités compétentes les résolutions suivantes : évacuation immédiate de la prison civile ; désinfection des prisonniers avant leur transfert dans de nouveaux locaux ; suspension de l'incarcération à la prison civile des prévenus ; désinfection des voitures servant au transport des prisonniers et des malades atteints de maladies contagieuses ; désinfection des geôles municipales, etc. »

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 9. — 1er *de Doctorat* : MM. Mathias-Duval, Jalaguier, Ricard. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Tillaux, Monod, Retterer. — (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Rémy, Sébileau. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Terrier, Humbert, Varnier. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Déjerine, Gaucher. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Kirmisson, Segond, Walther. — (2e *série*) : MM. Marchand, Reclus, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Marie, Widal.

MARDI 10. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Blanchard, Rémy, Quénu. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Gariel, Ballet, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Budin, Campenon, Thiéry. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Cornil, Charrin, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Grancher, Raymond, Thoinot. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Pouchet, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Berger, Schwartz, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Chantemesse, Roger. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Debove, Marfan.

MERCREDI 11. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Terrier, Sébileau, Broca. — 2e *de Doctorat* : MM. Ch. Richet, Retterer, Chassevant. — (2e *partie*) : MM. Hanriot, Rémy, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Marchand, Humbert, Bonnaire. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Monod, Segond, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Delens, Delbet, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Déjerine, Marie, Gaucher.

JEUDI 12. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Cornil, Rémy, Poirier. — (2e *partie*) : MM. Gariel, Gley, André. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Schwartz, Richelot, Bar. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Hutinel, Gilbert, Widal. — (2e *série*) : MM. Joffroy, Raymond, Letulle. — (2e *partie*). (3e *série*) : MM. Chantemesse, Marie, Roger. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Pouchet, Achard.

VENDREDI 13. — 1er *de Doctorat* : MM. Tillaux, Marchand, Poirier. — 2e *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Gariel, Ch. Richet, Retterer. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Potain, Hayem, Widal. — (2e *série*) : MM. Grancher, Joffroy, Marie. — 4e *de Doctorat* : MM. Landouzy, Netter, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Delens, Reclus, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Déjerine, Gilles de la Tourette, Thoinot. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Ribemont-Dessaignes, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 14. — 1er *de Doctorat* : MM. Campenon, Quénu, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Richelot, Achard. — (2e *partie*) : MM. Remy, Hanriot, Gley. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Hutinel, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Chantemesse, Marie, Letulle. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Debove, Ballet, Marfan. — (2e *série*) : MM. Cornil, Raymond, Gilbert. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 11. — M. R. Cocard. Symptomatologie des fractures de la base du crane. — M. Schmitt. Essai sur les matières colorantes de l'urine normale. — M. Léger. Contribution à l'étude du traitement du pneumothorax tuberculeux. Spécialement des pleurésies septiques ou putrides qui peuvent l'accompagner. — M. Kirkoff. L'hystérie dans ses rapports avec la syphilis acquise et héréditaire. — M. Lustgarten. Manifestations nerveuses de la blennorrhagie.

JEUDI 12. — M. Bureau. De la mort subite dans le cœur gras. — M. Guillemare. Recherches sur la péritonite tuberculeuse aigue. (Exposé. Formes cliniques. Traitement.) — M. Périgaud. Etude de diverses affections principalement aux points de vue de l'anatomie et de l'embryologie. — M. Pomme de Mirimonde. Etude sur les kystes épithéliaux paradentaires.

(1) Voir dans le *Progrès médical* du 6 mars 1897, p. 154, la biographie de M. Napias, publiée à l'occasion de sa nomination à l'Académie de Médecine.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 10 avril au samedi 16 avril 1898, les naissances ont été au nombre de 1.352, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 510, illégitimes, 195. Total, 705. — *Sexe féminin* : légitimes, 448, illégitimes, 199. Total, 647.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 10 avril au samedi 16 avril 1898, les décès ont été au nombre de 1.103, savoir : 604 hommes et 499 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 3, T. 8.— Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.— Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 17, F. 15, T. 32 — Scarlatine : M. 2, F. 6, T. 8, — Coqueluche : M. 3, F. 1, T. 4. — Diphtérie, Croup : M. 6, F. 3, T. 9. — Grippe : M. 3, F. 2, T. 5. — Phtisie pulmonaire : M. 130, F. 79, T. 209. — Méningite tuberculeuse : M. 19, F. 9, T. 26. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 10, T. 22. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 10, T. 11. — Tumeurs malignes : M. 22, F. 36, T. 58. — Méningite simple : M. 18, F. 12, T. 30. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 19, F. 27, T. 46. — Paralysie, M. 6, F. 5, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 4, T. 9.— Maladies organiques du cœur : M. 31, F. 29, T. 60 — Bronchite aiguë : M. 12, F. 6, T. 18.— Bronchite chronique : M. 15, F. 20, T. 35.— Broncho-pneumonie : M. 31, F. 34, T. 65. — Pneumonie : M. 23, F. 20, T. 43.— Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 30, F. 24, T. 54.— Gastro-entérite, biberon : M. 20, F. 6, T. 26. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 6, T. 10. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 1, T. 4. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 14, F. 21, T. 35. — Sénilité : M. 11, F. 33, T. 44. — Suicides : M. 13, F. 7, T. 20. — Autres morts violentes : M. 11, F. 8, T. 19. — Autres causes de mort : M. 72, F. 84, T. 166. — Causes restées inconnues : M. 11, F. 2, T. 13.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 73, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 37, illégitimes, 7, Total : 44. — *Sexe féminin* : légitimes, 18, illégitimes, 11. Total : 29.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — (Ecole pratique). — *Manœuvres obstétricales.* — M. VARNIER, agrégé, a fait sa première démonstration au grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique, le jeudi 5 mai 1898, à 3 heures de l'après-midi. Les exercices opératoires d'obstétrique ont commencé le jeudi 5 mai, à 4 heures, et se continueront tous les jours, à 3 heures (pavillon n° VI). Les inscriptions pour les manœuvres obstétricales seront reçues au secrétariat (guichet n° 2), de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au samedi 30 avril inclusivement. Seront seuls admis : 1° Les élèves appartenant à l'ancien régime d'études, à partir de la 15e inscription ; 2° les élèves troisième année (nouveau régime) possesseurs de 11 inscriptions. Ils recevront une lettre de convocation spéciale.

Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. le Pr Alfred FOURNIER, les mardis et vendredis à 10 heures. Ordre du cours : Les mardis, leçons au lit des malades ; les vendredis, leçons à l'Amphithéâtre (10 heures). Les jeudis, à 10 heures, conférences complémentaires, par MM. les chefs de laboratoire, chefs de clinique et anciens internes du service.

Cours élémentaire de médecine opératoire. — M. HARTMANN, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire. Les démonstrations pratiques du cours élémentaire de médecine opératoire auront lieu tous les vendredis, à 3 heures, à partir du vendredi 29 avril, au pavillon n° 1 de l'Ecole pratique.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Un concours s'ouvrira le [illegible] novembre 1898, devant l'Ecole supérieure de Pharmacie de l'Université de Paris, pour un emploi de suppléant de la chaire d'[illegible] [illegible] à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Nantes. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

[illegible] RÉDUCTION DU NOMBRE DES MÉDECINS. — A Buenos-Ayres, [illegible] de la profession [illegible] existe [illegible] [illegible] de la *Médecine pratique* [illegible] remédier à ce déplorable état [illegible] que de fermer pendant cinq [illegible].

[illegible] DE PARIS. — *Prix* [illegible]. — [illegible] [illegible] 1898, entre les internes titulaires ou provisoires [illegible] de 1000 francs [illegible] [illegible] les maladies des voies urinaires. Ce travail [illegible] déposé au secrétariat général de l'Administration avant le 15 décembre 1898, au plus tard. MM. les Internes sont informés que les mémoires qui auraient été déjà présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or), ne pourront pas être admis pour le prix Civiale. Les élèves qui désireraient obtenir des renseignements sur les conditions du concours, devront s'adresser au secrétariat général (bureau du service de santé).

Concours pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. — Ce concours sera ouvert le lundi 4 juillet 1898, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. MM. les Elèves des hôpitaux qui voudront concourir, se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration, à partir du lundi 6 juin jusqu'au samedi 18 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

CONCOURS DES MÉDECINS ALIÉNISTES DES HÔPITAUX. — L'épreuve écrite a eu lieu le 5 mai. Les candidats ont eu à traiter la question suivante : *Cellules nerveuses de l'écorce cérébrale, anatomie et physiologie.* — Les questions restées dans l'urne étaient : 1° Faisceau pyramidal, anatomie et physiologie ; 2° Pie mère cérébrale, anatomie et physiologie.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr BERTIER (d'Aix-les-Bains), 83 ans. — M. le Dr PUJOL (Etienne), d'Argelès-sur-Mer (Pyrénées-Orientales), vient de se suicider à l'âge de 64 ans, pour mettre fin à ses souffrances intolérables. — M. le Dr DROMARD (de Paris). — M. le Dr DESPARQUETO. — M. le Dr GUYOT, médecin-adjoint à l'asile de Quatre-Mares. — M. le Dr LAIGNIEZ (de Douai). (*Méd. mod.*).— M. le Dr KAYSER, de Philippeville (Constantine). — M. le Dr GIRAUX, de Châlons-sur-Marne (Marne). — M. le Dr HUMBERT-MOLLIÈRE. — M. le Dr GOFFIN (de Bruxelles), conseiller communal. — On annonce de Tulle la mort du Dr BILLOT, conseiller général, frère du général Billot, ministre de la guerre.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — *Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie.* — M. le Dr SEVESTRE, le lundi à 9 heures du matin, pavillon Trousseau) : un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie).

ASILE CLINIQUE. (Sainte-Anne.) — *Clinique des maladies mentales* : Pr JOFFROY, le samedi à 10 heures.

HÔPITAL ANDRAL. — MM. Albert MATHIEU et Maurice SOUPAULT, conférences cliniques sur les maladies de l'appareil digestif, le vendredi, à 10 heures du matin.

Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac. — MM. Albert MATHIEU, médecin de l'hôpital Andral, Maurice SOUPAULT, ancien interne des hôpitaux de Paris, J.-Ch. ROUX, interne des hôpitaux et LABOULAIS, ancien interne en pharmacie, commenceront, le 16 mai 1898, une série de conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. Ce cours durera deux mois. Les élèves seront exercés individuellement aux manipulations indispensables pour le diagnostic. Se faire inscrire : au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr SABOURAUD, le mardi à 10 heures, dans le laboratoire de l'Ecole, leçons théoriques et pratiques *sur les maladies du cuir chevelu.*

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, S^r, RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

GYNÉCOLOGIE

L'aménorrhée et la dysménorrhée.

Résultats obtenus par le traitement hydro-minéral, (Eaux chlorurées sodiques chaudes de Bourbonne-les-Bains);

Par M. le Dr **Léon MERLE.**

Je ne veux pas, dans cet article, passer en revue tous les médicaments, tous les moyens auxquels on a recours habituellement pour combattre l'aménorrhée et la dysménorrhée. Ils sont incertains et non toujours sans danger. C'est ce qui m'a décidé à faire connaître le résultat de ma pratique personnelle, par le traitement hydro-minéral, dans l'espoir d'être utile à mes confrères et à une catégorie de malades fort intéressantes.

Et pour le dire tout d'abord, sur six cas que j'ai eus à traiter, en deux ans, j'ai obtenu cinq succès complets et un résultat partiel.

Je ne suis pas le premier d'ailleurs, à avoir constaté l'efficacité des eaux de Bourbonne-les-Bains, dans le traitement de ce genre d'affection. Entre autres, le regretté Dr Causard, dans son livre sur cette station, en cite un fort bel exemple que je ne puis faire autrement que de reproduire, car il est le type des cas qui se présentent le plus souvent à l'observation du praticien : Une dame de ses clientes venue à Bourbonne pour rhumatismes, avait une grande fille de 16 ans, lymphatique, nerveuse, pâle et chétive, non formée. Le docteur proposa quelques douches pour la fortifier. « A quoi bon, répondit la mère, elle est condamnée ». Le médecin de la famille l'avait jugée phtisique et avait abandonné tout espoir.

Causard l'ausculta avec soin, sans trouver de traces certaines de tubercules. Il fit prendre à cette enfant des douches chaudes sur les parties inférieures du corps et après 8 ou 10 jours de ce traitement, les règles paraissaient sous la douche même. L'excellent praticien qui l'avait guérie, ajoute : « Je pourrais citer plus de 20 cas de ce genre, chez des jeunes filles ou des jeunes femmes, dont les règles ont reparu ici, en déchargeant par ce fait d'autres organes exceptionnellement congestionnés ».

C'est en m'appuyant sur ces faits et sur l'autorité de ce médecin, qu'en 1896, consulté par une dame, pour sa jeune fille, agée de 14 ans, non formée et dont l'état général faisait croire à une maladie de poitrine, je conseillai les eaux de Bourbonne. J'avertis les parents que probablement la menstruation se produirait vers le milieu du traitement, c'est-à-dire vers le douzième ou le treizième jour. J'avoue que je ne pensais pas si bien dire : le onzième jour, en effet, les règles paraissaient sous la douche. La santé de cette enfant s'améliora rapidement.

L'année dernière, deux jeunes filles fort intéressantes m'ont été adressées ; il s'agissait de cas un peu plus délicats. Voici résumée leur observation.

Mlle G..., de B... (Aisne), m'est envoyée par son médecin avec cette recommandation : « une personne de 17 ans, chloro-anémique depuis longtemps ; nerveuse, neurasthénique. Il hésitait à me l'envoyer parce qu'elle paraissait affectée d'une légère congestion du poumon droit. Ayant interrogé la malade, j'appris que, réglée à 12 ans, elle avait vu ses règles se supprimer deux années plus tard, à la suite d'une grande frayeur : Comme elle était descendue à la nuit, dans la cave de la maison, pour y chercher quelque objet, un mauvais plaisant ne trouva rien de mieux que de tirer un coup de pistolet à blanc, par le soupirail. La menstruation qui se trouvait être alors en pleine période, s'arrêta brusquement et ne reparut plus. Dès ce moment survint tout le cortège des phénomènes neurasthéniques, chloro-anémiques, etc. Cette jeune fille en était arrivée bientôt à ne plus pouvoir marcher, à ne plus pouvoir dormir et à ne s'alimenter que très incomplètement. C'est en désespoir de cause et après avoir essayé de tous les moyens que le médecin traitant avait songé à Bourbonne. A l'examen, on reconnaît facilement des symptômes non douteux d'hystérie. J'instituai le traitement thermal. Après une cure de 25 jours, l'état général se trouvait considérablement amélioré, la malade commençait à sortir à pied, elle reprenait de l'appétit et le sommeil autrefois très agité était devenu plus calme, plus réparateur ; mais les règles n'étaient pas réapparues. Je conseillai un repos d'un mois suivi d'une seconde cure au milieu de laquelle la menstruation eut lieu. Cette jeune personne a quitté la station, je puis dire complètement guérie. Elle pouvait faire de longues promenades, courait avec ses frères, avait bon appétit et dormait bien. Quant à la congestion du poumon il n'en existait plus trace. La guérison s'est maintenue.

La seconde observation est celle où je n'ai obtenu qu'un résultat partiel. Elle a trait à une vieille fille de 28 ans, d'esprit plutôt faible, chez laquelle il me fut impossible d'obtenir un traitement régulier. Mlle L... de M..., (Côte-d'Or) a eu ses règles vers 16 ans, une seule fois, et elles n'ont plus reparu. Comme dans le cas précédent, il existe chez elle des symptômes d'hystérie, mais ce qui domine, ce sont les troubles intellectuels : grande difficulté pour coordonner deux idées, c'est pour elle un travail, un effort qui la fatigue beaucoup ; on ne peut obtenir que très difficilement qu'elle sorte ; le corps est devenu aussi paresseux que le cerveau. J'institue une cure de 30 jours, au bout de laquelle il y a une amélioration notable de l'état général, amélioration qui a encore augmenté par la suite, mais la menstruation a fait défaut, tout s'est borné à quelques phénomènes congestifs du côté du petit bassin. Une seconde saison est proposée, mais n'est pas acceptée. J'ai revu cette malade un an plus tard, elle avait gardé le bénéfice du traitement au point de vue de l'état général, mais l'amenorrhée persistait.

En 1897, trois jeunes filles aménorrhéiques ont été confiées à mes soins :

Mlle B., de L... (Haute-Marne), est une enfant d'aspect maladif, elle est maigre, pâle, très nerveuse, ne dormant presque pas, refusant de manger, d'une irritabilité de caractère excessive, battant sa gouvernante, etc. Les parents ne sachant que faire l'ont envoyée à Bourbonne pensant que le changement d'air lui serait profitable et la calmerait un peu. On me l'amena, je lui fis suivre un traitement pendant un mois, et en surveillant attentivement les effets. Avant la fin de la cure, les règles apparaissaient normalement, sans douleur, et l'état général s'améliora rapidement. Sa mère qui vint la chercher constata avec un certain plaisir la transformation de caractère survenue chez sa fille.

Mlle M..., âgée de 17 ans, habite aussi la ville de L... Son cas est absolument le même que celui de Causard que j'ai cité au début de cet article. Elle m'est amenée par sa mère qui,

devant l'absence de règles et à divers petits symptômes, craint que sa fille ne soit tuberculeuse. Après un examen attentif qui ne me révéla rien qui pût confirmer les craintes de cette dame, je conseillai une cure qui fut acceptée. Elle dura seulement 20 jours, la famille ne pouvant disposer d'un temps plus long, à mon grand regret, car j'estime que les traditionnels 21 jours que l'on fixe à tout traitement dans une station thermale sont le plus souvent tout à fait insuffisants. Le traitement fut très bien supporté, l'état général en retira un grand bénéfice. Quant aux règles, elles apparurent un mois plus tard et tout se passa très bien. La santé s'est depuis constamment raffermie. J'ai reçu dernièrement une lettre des parents qui sont enchantés, rassurés et me remercient.

Il est probable que, dans ce cas, le résultat eût été plus prompt, si, comme je l'avais demandé, la saison eût été prolongée d'une dizaine de jours.

La dernière observation est plus curieuse. Mlle K..., de Paris, a 24 ans. Elle n'a eu ses époques qu'une seule fois, à 16 ans. Depuis, plus rien, aucun phénomène du côté du petit bassin. Mais bientôt, on constate chez elle un développement anormal du tissu adipeux, développement qui va en augmentant; en même temps et concurremment, le corps s'alourdit et l'intelligence, qui était bien au-dessus de la moyenne, se refuse à tout travail et à toute occupation. Cette jeune personne en arrive à être incapable de tout effort, elle passe ses journées étendue sur un canapé ou sur son lit. On éprouve les plus grandes peines à l'obliger à sortir, elle oppose une force d'inertie insurmontable. Quand je la vois, son poids est de 100 kilos net; l'état général, tel que je viens de le dépeindre, avec en plus des symptômes caractérisés d'hystérie. J'instituai dès le début un traitement énergique qui dura un mois; au bout de ce temps, un amaigrissement notable s'était produit: le poids n'était plus que de 90 kilos; l'intelligence était capable de quelques efforts, la malade pouvait prendre part quelque peu à la conversation, ce qui lui était avant très difficile; de petites promenades sont possibles. De plus, à deux ou trois reprises, sont apparus des phénomènes du côté de l'appareil utéro-ovarien; une fois même, après une crise douloureuse assez violente, on constata un écoulement légèrement teinté. Je conseillai un repos d'un mois pendant lequel la patiente prendrait le plus d'exercice possible, puis une seconde cure, ce qui fut accepté. Pendant ce second traitement moins intense que le premier, les mêmes phénomènes utéro-ovariens se reproduisirent, mais plus accusés; la menstruation cependant n'apparut pas, le poids était resté à peu près stationnaire; l'état général était devenu bien meilleur et l'intelligence plus lucide. De retour à Paris, la malade continua à prendre de l'exercice. Enfin, il y a quelques semaines, je recevais sa visite, et elle m'apprenait que ses règles étaient revenues après une crise douloureuse d'une grande violence. Elle est partie depuis à la campagne où, je l'espère, la guérison va se confirmer.

Telles sont les observations que je voulais signaler à l'attention des médecins, en particulier aux gynécologues et aux pédiâtres.

Dans le *Traité de Gynécologie* qu'ils viennent de publier, ouvrage si bien compris et appelé à rendre des services considérables aux praticiens, MM. Labadie-Lagrave et Legueu, parlant du traitement hydro-minéral de l'aménorrhée et de la dysménorrhée, citent plusieurs stations, sans faire mention de Bourbonne-les-Bains, dont les eaux ne leur semblent indiquées que dans les cas de métrite chronique et les manifestations génitales du rhumathisme et de l'arthritisme. Les observations que je viens de rapporter paraîtront, je l'espère, assez probantes, pour les faire revenir à une meilleure impression sur cette station à laquelle il manque surtout d'être plus connue.

Outre l'aménorrhée, les eaux de Bourbonne sont aussi une indication pour les jeunes filles mal réglées, dysménorrhéiques, arthritiques, avec manifestations migraineuses ou névralgiques.

PHARMACOLOGIE

—

Faculté de Médecine de Paris.
Cours de Pharmacologie et Matière médicale.
M. le Pr **Gabriel POUCHET**

—

Morphinomanie et Morphinisme (*suite*) (1).

En résumé, ce qui caractérise la morphinomanie, c'est l'état de besoin, et, par suite, l'état mental dont ce besoin est l'indice. Quelles que soient les doses, le malade privé de son poison est en proie à des sensations physiques et psychiques particulières, caractéristiques. L'état de besoin fait naitre chez le morphinomane l'obsession de la pensée par l'idée fixe.

Voilà pourquoi, cet état mental faisant défaut chez les animaux intoxiqués par la morphine, la suppression brusque ne détermine pas d'accidents.

Jennings ayant administré durant trois mois à des lapins une dose quotidienne de 40 centigrammes — ce qui représente plus de dix fois la dose maxima pour l'homme — put, sans inconvénients, supprimer instantanément le poison.

Dans cet état de besoin, les malades éprouvent des phénomènes d'impulsion irrésistible : aussi leur responsabilité est-elle atténuée, voire même nulle, pour les actes délictueux commis à cette période.

Le trouble des cellules nerveuses qui se sont habituées à n'entrer en activité que sous l'influence d'un excitant étranger, trouble auquel la privation vient ajouter comme élément somatique une sensation analogue à celle de la faim, rend compte des manifestations qui, jointes à un élément psychique particulier, constituent cet état de besoin. C'est, comme l'a fort bien dit O. Jennings, à la fois la sensation d'un appétit inassouvi et le sentiment d'un désir non satisfait.

Aussi voit-on le morphinomane tenter tout pour se procurer de la morphine. Il ne recule devant aucune action si répréhensible qu'elle soit. Il serait inexact de dire, comme cela a été fait par certains observateurs, que le morphinomane a une tendance particulière au mensonge, surtout lorsqu'il est dans l'état de besoin; mais, pour se procurer son poison habituel, on pourrait dire, si l'on veut employer ce néologisme, que le morphinomane semble atteint de mensongeomanie.

C'est à une époque variable de l'intoxication, environ deux mois en général après le début des piqûres, quelquefois tout de suite après les premières injections, que se manifestent les symptômes nerveux caractéristiques, les troubles psycho-sensoriels, les impulsions irrésistibles. Cette manifestation de l'état de besoin est d'ailleurs subordonnée au tempérament plus ou moins névropathique de l'individu.

Au point de vue des applications à la médecine légale, les symptômes qui caractérisent l'état de besoin sont importants à connaître. Ils peuvent consister en phénomènes d'excitation, ou, au contraire, de dépression. Les malades privés de leur poison habituel sont pris de bâillements irrésistibles, d'éternuements, de larmoiement oculo-nasal, parfois même de véritables crises de larmes. Ils montrent une sensiblerie ridicule, indice d'une véritable hyperesthésie morale, tel ce médecin qui versait des torrents de larmes au récit des

(1) Voir *Progrès médical*, no 18, 1898.

symptômes rapportés par ses malades. La face est pâle, triste, inquiète ; les yeux éteints, la vision indistincte ; des bourdonnements d'oreilles, du tremblement des mains, de l'incoordination motrice, achèvent de donner au malade un aspect d'hébétude qui contraste singulièrement avec l'activité et les dehors brillants du morphinomane dans la période d'euphorie. Le travail intellectuel est impossible. Quand le sujet peut l'obtenir, le sommeil est lourd et accompagné de lassitude extrême au réveil.

Un symptôme des plus caractéristiques est le besoin de mouvement : le malade se livre à un va et vient incessant qui détermine bientôt une sensation de fatigue intense. Il ne peut tenir en place, se lève, se rassied ou se couche ; bref, il ne trouve dans aucun mode de station le repos qu'il cherche. Dans le cas où une injection de morphine ne vient pas mettre un terme à ces manifestations déjà fort pénibles, les troubles digestifs ne tardent pas à faire leur apparition ; ils consistent le plus souvent en une diarrhée profuse, souvent aussi en vomissements d'abord alimentaires, puis muqueux, enfin bilieux. La température s'abaisse au-dessous de la normale ; le nombre des pulsations cardiaques diminue. Le malade est pris de sueurs profuses, de frissons généralisés, avant-coureurs du collapsus ; il tombe dans un état d'algidité que l'on a caractérisé par l'épithète d'état cholériforme.

Parfois le collapsus se montre d'emblée, après la disparition des premiers symptômes : le malade a la face pâle, ou, au contraire, fortement congestionnée, de couleur cramoisie. Cet état peut durer environ un quart d'heure, et se reproduire de trois à quatre fois par jour.

Il se fait à ce moment une rupture d'équilibre entre l'impulsion cardiaque et la résistance vasculaire. Par suite de la difficulté des échanges dans les capillaires, les tissus se trouvent dans un état d'anémie par défaut en même temps qu'il se produit de la stase veineuse par paralysie vaso-motrice. Les centres nerveux sont les premiers à souffrir de cet état déterminé par le ralentissement de la circulation ; aussi les symptômes nerveux occupent-ils une place prépondérante dans les manifestations. Ce sont, en effet, des accès hystériques, épileptiques, tétaniques, maniaques ; une sorte de delirium tremens comparable à celui déterminé par l'alcool, et dont Charcot a fait ressortir nettement les caractères différentiels.

Dans le cas de delirium alcoolique, les accidents éclatent spontanément ou au cours de maladies aiguës, le tremblement musculaire persiste, l'alcool augmente le paroxysme, l'accès dure une série de jours, enfin le collapsus consécutif au délire est souvent terminé par la mort ; dans le delirium morphinique, les accidents éclatent au cours de l'abstinence, le tremblement musculaire disparaît, la morphine arrête net l'accès, la durée de l'accès ne dépasse pas 48 heures à moins qu'il n'éclate chez un alcoolique, enfin le collapsus consécutif au délire fait défaut.

A ces troubles nerveux, viennent s'ajouter des troubles de la sensibilité, des troubles psycho-sensoriels qui sont ceux que je vous ai déjà décrits précédemment et sur lesquels il est, par conséquent, inutile de revenir. Enfin, se montre le cortège des impulsions : au mensonge au vol, au suicide et à l'homicide, à la prostitution, et surtout à la piqûre, le plus constant et le plus obsédant de tous. On a pu dire avec raison du morphinomane qui veut se procurer de la morphine et que nulle considération ne retient alors, qu'à la place de l'individu civilisé, il n'y a plus qu'un animal qui veut satisfaire un besoin.

Bien souvent, la symptomatologie que je viens de vous retracer à grands traits, subit des modifications plus ou moins profondes, en raison de la coïncidence de différentes intoxications. En essayant de se corriger de sa morphinomanie, ou dans le but d'apaiser ses souffrances ou d'oublier ses douleurs, le malade tombe dans l'opiophagie, l'alcoolisme, l'éthérisme, le chloralisme, le cocaïnisme, etc. Le pronostic est alors aggravé par la coexistence de plusieurs intoxications.

Lorsque la guérison doit survenir, le réveil des organes génitaux (on peut même observer alors une hyperesthésie), le rétablissement de la menstruation chez la femme, sont des signes importants du retour à l'état hygide.

Je vous dirai, en terminant, que l'on a parfois constaté après la guérison, l'apparition d'accidents éloignés, de nature psychique, par exemple la mélancolie.

Traitement. — Le traitement de la morphinomanie ne peut être que la suppression de la morphine. La *suppression brusque* est une méthode mauvaise, dangereuse. Elle peut entraîner des accidents graves, un état de collapsus et même déterminer la mort. — La *suppression rapide*, qui peut être complète en 8 à 10 jours, est souvent encore un mode défectueux de traitement qui ne met pas à l'abri d'accidents plus ou moins prononcés, et qui n'est pas applicable à tous les cas. — La *suppression graduelle*, en espaçant les piqûres et en diminuant progressivement les doses, est souvent de beaucoup préférable.

Ici apparaît toute l'importance des médications substitutives, dans l'emploi de substances qui, comme l'alcool, l'éther, la cocaïne, le chloral, agissent directement sur les centres nerveux, et dans des conditions analogues à celles de la morphine. Mais il ne faut pas se départir d'une extrême prudence, car nombreux sont les morphinomanes qui deviennent cocaïnomanes, éthéromanes ou alcooliques, et cela avec la plus grande facilité.

L'emploi de ces médicaments substitutifs devrait, à mon avis, être strictement réservé au médecin et rigoureusement surveillé par lui. Je les crois capables de rendre de grands services, à la condition que le morphinomane ignore leur emploi et ne soit pas tenté, par suite, de se procurer plus fréquemment, à leur aide, la stimulation nerveuse qui lui manque depuis l'abandon ou la diminution des doses de la morphine. La substitution d'une intoxication à une autre est, en effet, le grand écueil de cette méthode, et elle est presque impossible à éviter si le malade s'aperçoit que les souffrances et les accidents de la période d'abstinence peuvent être enrayés, en partie tout au moins, par l'emploi de l'alcool, de l'éther, de la cocaïne, du chloral, etc. On peut également avoir recours aux médications spéciales combinées avec la suppression graduelle.

Pour stimuler la circulation, on peut utiliser la spartéine, la digitaline ; mais il faut éviter de pratiquer des injections hypodermiques chez les morphinomanes : ils ont, en général, à un tel degré la manie des piqûres que l'on s'expose à voir leur besoin de piqûres demeurer impérieux et ramener l'emploi de la morphine.

On s'est servi des bromures, et, comme hypnotiques, du sulfonal et du trional.

Les alcalins seront employés dans une large mesure, leurs indications sont, en effet, multiples : ils saturent les produits acides d'une combustion incomplète ; ils

combattent l'acidité du muscle qui accompagne très probablement la sensation de fatigue si vite et si énergiquement ressentie par les morphinomanes à l'occasion du moindre effort musculaire; ils neutralisent l'acidité exagérée du suc gastrique succédant à l'acidité que produit la morphine. (Toutefois, dans ce dernier cas, le lavage de l'estomac serait, à mon avis, préférable).

On a employé également les antispasmodiques, notamment la valériane.

L'étude plus approfondie de l'action physiologique de la morphine a permis d'interpréter les heureux résultats obtenus dans le traitement de la morphinomanie par l'emploi des agents physiques. En effet, la stimulation intime des centres nerveux baignés par un liquide exerçant une action pharmaco-dynamique spéciale due à la morphine, détermine des modifications moléculaires attribuables, en dernière analyse, à des modalités de mouvement. Lorsque je vous ai entretenus de l'action hypnotique de l'opium, je vous ai exposé comment la conception nouvelle des neurones et de la continuité de leurs prolongements protoplasmiques s'accordaient avec une pareille interprétation. Or, le besoin irrésistible de mouvement, que je vous signalais tout à l'heure chez le morphinomane en état de besoin, serait pour Ball et Jennings une manifestation de l'action pharmaco-dynamique spéciale de la morphine. Aussi, ces observateurs ont-ils proposé d'obéir à cette indication au moyen de stimulations dynamiques de différentes espèces, telles que la faradisation, le massage, les frictions sèches; les vibrations mécaniques, vibrations sonores, vibrations calorifiques. Le hamac, voire même la navigation, permettraient au morphinomane de satisfaire son besoin de mouvement sans éprouver la fatigue résultant d'un travail musculaire.

En définitive, l'hydrothérapie et les agents physiques (méthode des stimulations dynamiques) sont encore les meilleurs modes de traitement; mais ce qui importe avant tout, c'est de soustraire le sensorium, à l'aide de distractions de toute nature, aux sensations qui l'obsèdent. A ce titre, la suggestion peut avoir de bons résultats, de même que pour provoquer le réveil de la volonté une fois la démorphinisation réalisée.

Dans tous les cas, le malade devra être très étroitement surveillé, et, au moins au début de son traitement, enlevé à ses habitudes et à son entourage. Le seul moyen vraiment efficace pour obtenir un bon résultat, consiste à interner le morphinomane dans une maison de santé. C'est là seulement que pourront être déjoués les subterfuges à l'aide desquels le malade cherche (et réussit dans les conditions de son existence habituelle) à se procurer de la morphine pendant la période d'abstinence.

Enfin, il sera indispensable, pendant toute la durée de la convalescence, de soutenir par des moyens appropriés l'énergie défaillante du cœur.

L'intoxication chronique par l'opium se rapproche tout à fait de l'intoxication par la morphine, et toutes deux, nous venons de le voir, possèdent bien des points de contact avec l'intoxication chronique par l'alcool.

A ce point de vue, l'hygiéniste ne peut qu'applaudir aux insuccès de l'acclimatation en France de la culture du pavot, dans le but d'en préparer de l'opium. Malgré sa rareté et sa cherté relatives, la morphine cause déjà bien assez de mal, sans qu'il vienne s'y adjoindre une drogue facile à se procurer, qui deviendrait bientot peu coûteuse, et dont l'abus, par les classes moyennes et inférieures de la société, ne tarderait pas à nous montrer les désastres. Il y a déjà bien assez des alcools et de l'absinthe; et, comme le remarquait Fonssagrives, il n'y a aucune différence essentielle entre un thériaki de Canton et un ivrogne de Manchester. Avec l'alcool comme avec la morphine ou l'opium, ce sont les mêmes manifestations extérieures : alanguissement musculaire avec impatience de mouvement; exaltation cérébrale, puis hallucinations et ivresse; inconscience des lieux et du temps.

La morphine, et mieux encore l'opium, produisent en plus la vivacité délirante de l'imagination, un état d'exhilaration et de bien-être qui ne sont pas de leurs moindres attraits, et pour la répétition desquels l'individu se trouve insensiblement conduit au morphinisme confirmé. Il est impossible de dire lequel des deux, de l'opium ou de l'alcool, tue davantage ou dégrade le mieux. La morphinomanie tend de plus en plus à devenir une de nos plaies sociales, et il est pénible de reconnaître que le médecin est, pour une large part, responsable de ses méfaits, soit par négligence, en laissant à la portée des malades des médicaments qu'ils ne devraient pas avoir à leur discrétion, soit en prêchant d'exemple, car les plus récentes statistiques ont démontré que les médecins fournissaient 40 0/0 au moins de la totalité des morphinomanes.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Hospitalisation des aliénés.

Toutes les questions relatives à l'assistance des aliénés sont de plus en plus l'objet des préoccupations de l'Administration, de la Presse, et de ceux qui s'occupent des questions sociales. Il ne se passe guère de semaines sans que des accidents, comme le meurtre de l'inspecteur de police, n'attirent sur elles l'attention de l'opinion publique. Bien que le Conseil supérieur de l'Assistance publique, la Commission de surveillance des Asiles et la Société pour l'étude des questions d'assistance, aient déjà, en maintes circonstances, étudié et discuté les réformes à introduire dans le traitement, la législation et l'assistance des aliénés de toutes catégories, le Conseil général a pensé qu'il était utile de créer une Commission mixte ayant le même but que les groupements dont nous venons de parler. Voici l'arrêté préfectoral qui fixe la composition de la dite Commission :

Le Préfet de la Seine, — vu les délibérations du Conseil général en date du 29 novembre 1897, — arrête :

Article premier.— Une Commission mixte est instituée pour l'étude des questions intéressant l'hospitalisation des aliénés;

Art. 2. — Cette Commission sera composée de la manière suivante :

Le Préfet de la Seine, président. Le Président de la 3e commission du Conseil général, vice-président. Les conseillers généraux, membres de la 3e commission du Conseil. M. Le Roux, directeur des affaires départementales. M. Pelletier, chef du service des aliénés. M. Louvard, chef du service d'architecture du département. M. Honnorat, chef de la 1re division de la Préfecture de Police. M. Fleury, chef du 5e bureau (aliénés) de la 1re division de la Préfecture de Police. MM. Caron (Emile), Bourneville, Prestat et Behenne, membres de la Commission de surveillance des Asiles publics d'aliénés de la Seine. M. le Dr Joffroy, professeur de la clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine. M. le Dr Terrier, chirurgien des hôpitaux, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris. M. le Dr Piequé, chirurgien des hôpitaux, chirurgien des Asiles publics d'aliénés de la Seine. M. le Dr Nocard, professeur à l'Ecole d'Alfort. M. le Dr Miquel, chef du service

micrographique de l'Observatoire de Montsouris. M. le Dr Colin, médecin du quartier d'aliénés criminels à Gaillon (1). MM. les directeurs et médecins des Asiles publics d'aliénés de la Seine.

Comme on le voit, cette grande commission ne comprend aucun des médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière. Cette exclusion est au moins singulière, car la plupart se sont occupés avec une indiscutable compétence de toutes les questions concernant les aliénés. Tous, moins un, ont été nommés à la suite de concours équivalents au concours des médecins des hôpitaux auxquels ils sont assimilés. Ils ont toutes les charges des médecins des asiles sans en avoir les avantages : ils n'ont, par exemple, qu'une simple indemnité de 3.000 fr. à Bicêtre, de 2.000 fr. à la Salpêtrière, qui ne couvre guère que les frais de déplacement, ils n'ont pas de retraite, etc.

Aussi, en présence de cette exclusion, avions nous refusé tout d'abord de faire partie de cette commission et n'avons-nous cédé que devant l'insistance du président et des membres de la Commission de surveillance des Asiles de la Seine. Assurément les promoteurs de cette commission n'ont pas réfléchi à ce qu'avait de blessant leur décision. La Commission est composée de 60 membres, 6 de plus ne l'auraient pas surchargée outre mesure. Au cours de la discussion que nous avons provoquée à la Commission de surveillance, M. Le Roux, directeur des affaires départementales, a essayé d'expliquer cette espèce d'ostracisme en disant qu'il s'agissait là d'une commission purement départementale. Or, ni nos amis les Pr Joffroy, Nocard et Terrier, ni les Drs Colin, Miquel et Picqué n'appartiennent, que nous sachions, à ce service. Bien d'autres raisons pourraient encore être invoquées à l'appui de notre thèse. Nous nous bornons à celles qui précèdent, persuadé que les sentiments de justice qui animent le Conseil général l'amèneront à donner satisfaction aux réclamations dont nous nous faisons l'interprète. BOURNEVILLE.

Une opinion sur les Concours.

Un candidat de l'un des concours administratifs, nous a formulé son opinion en ces termes : « C'est au concours, il est vrai, que les places sont censément obtenues, mais c'est surtout une affaire de protection. » C'est là une opinion qui tend malheureusement à se répandre dans le public, non seulement pour les concours administratifs mais pour les concours d'ordre médical. Il est du devoir des juges et des candidats de la faire disparaître : les premiers en se montrant absolument équitables, les autres en n'hésitant pas à signaler à la Presse les irrégularités et les injustices qui peuvent se commettre. Dr FREEMAN.

Traitement des plaies par le Menthoxol, le Camphoroxol et le Naphtoxol (2).

On obtient ces médicaments, en versant dans une solution d'eau oxygénée à 3 0/0, 1 0/0 de menthol ou de camphre, ou 2 0/0 de naphtol. Pour dissoudre le camphoroxol il faut 32 0/0 d'alcool; pour les deux autres solutions, il est besoin de 38 0/0. Les trois liquides non dilués, détruisent en trois heures, les spores de la pustule maligne; au contraire, les composants, pris séparément, n'ont pas cette propriété. De plus, les trois solutions sont très stables.

Emploi thérapeutique. — Ces remèdes furent employés, toujours fraîchement préparés, dans 200 cas de chirurgie, par application de compresses de gaze stérilisée, trempées dans une solution à 10 0/0. Le *Menthoxol* en contact avec les secretas des plaies, produisit un développement de gaz, manifesté par une écume abondante. En cas de phlegmons, pérityphlite, abcès, les compresses furent laissées, après incision et désinfection, deux jours en moyenne. Les plaies se détergèrent rapidement, et la sécrétion du pus diminua. Très favorable est l'action des trois médicaments sur la genèse des granulations, et sur leurs caractères. De plus, ces oxols ont une odeur très agréable, et désodorisent énergiquement. On ne leur a jamais constaté d'effets fâcheux. P. CORNET.

(1) C'est *criminels* aliénés qu'il faudrait dire. — (2) Von Dr Wagner, in Berlin. (*Therap. Woch.*, nov. 1897, n° 48.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances du 25 avril 1898.

Influence de quelques poisons sur le pouvoir antitoxique du sang.

MM. SALOMONSEN et MADSEN. — En produisant, chez un cheval activement immunisé contre la diphtérie, un fort empoisonnement par l'atropine, nous n'avons pas réussi à faire baisser le pouvoir antidiphtérique du sang durant les jours qui suivent immédiatement l'injection du poison. L'injection de pilocarpine suscite chez le cheval une forte augmentation du pouvoir antidiphtérique de son sang; le maximum est atteint au moment où les symptômes d'intoxication sont le plus accentués. Durant les jours qui suivent immédiatement l'intoxication, le pouvoir antidiphtérique devient inférieur à ce qu'il était au début de l'expérience. L'augmentation du pouvoir antidiphtérique suit de très près l'injection de pilocarpine; de si près même, qu'on ne saurait attribuer son apparition aux effets que produirait dans le sang de l'animal l'hypersécrétion des glandes salivaires intestinales et autres. Les expériences que nous avons faites fournissent la preuve d'une analogie entre la formation de l'antitoxine et les sécrétions normales, et corroborent ainsi l'hypothèse que nous avons émise l'année dernière, à savoir que, chez l'animal immunisé, il y a production et destruction incessantes de substance antitoxique.

Influence de la voie ou du mode d'introduction sur le développement des effets immunisants du sérum antidiphtérique.

M. S. ARLOING. — L'introduction de la toxine diphtérique sous la peau d'un animal dépourvu d'immunité détermine des effets locaux et généraux. A dose égale, le sérum antidiphtérique atténue plus ou moins les effets locaux suivant la voie choisie ou le mode adopté pour l'introduire dans le sang. Telle dose qui, introduite dans le sang, le péritoine ou dans le tissu conjonctif, préalablement mélangée à la toxine, entraîne la suppression complète des effets généraux et locaux, laisse évoluer ces derniers après avoir supprimé les premiers, si elle est introduite isolément sous la peau. C'est-à-dire qu'au point où la toxine a été inoculée, on voit se développer un œdème dur au centre duquel se forme par escharification une plaie ulcéreuse qui guérit en quinze jours à trois semaines. L'action antitoxique du sérum antidiphtérique est donc obtenue au maximum quand le sérum est introduit dans le sang, au minimum s'il est introduit séparément dans le

tissu conjonctif. La voie péritonéale semble un peu moins favorable au développement de l'action antitoxique que la voie sanguine. L'introduction du sérum dans le sang équivaut au mélange préalable du sérum et de la toxine. De sorte que, dans la lutte contre les effets locaux de certains produits microbiens, il n'est pas indifférent d'adopter telle ou telle voie pour faire pénétrer le sérum thérapeutique dans l'organisme.

Fonctions de l'hypophyse cérébrale.

M. de Cyon. — Mes recherches sur les corps thyroïdes, en établissant leur rôle d'organes destinés à protéger le cerveau contre les dangers des subits afflux de sang, m'ont amené à étudier les fonctions de l'hypophyse. J'ai pu constater ainsi que toute pression, même légère, exercée sur l'hypophyse se manifeste immédiatement par une brusque variation de la pression sanguine et par un ralentissement notable des battements du cœur, dont la force est en même temps considérablement augmentée. Cette pression fait entrer en jeu, par une excitation des pneumogastriques les mécanismes par lesquels les corps thyroïdes débarrassent le cerveau d'un dangereux afflux de sang. J'ai remarqué aussi que l'excitation électrique de l'hypophyse, même par des courants excessivement faibles, produit exactement les mêmes phénomènes que la pression mécanique, mais avec une intensité bien plus grande. J'ajoute que, en dehors de ce rôle purement mécanique, l'hypophyse joue encore un *rôle chimique* : elle produit une substance : *l'hypophysine*, destinée à faciliter la tâche de son mécanisme automatique.

Production de godets faviques par l'inoculation à l'homme et à la souris d'un trichophyton pyogène.

MM. Sabrazès et Brengues. — L'inoculation sous-épidermique chez l'homme d'un champignon morphologiquement trichophytique, extrait d'un sycosis parasitaire profond de la barbe, a déterminé l'apparition d'une plaque suppurative parsemée de godets jaune soufre de petites dimensions ayant les caractères objectifs et microscopiques des godets faviques. Les rétrocultures ont fourni le champignon inoculé, qui se confond avec le trichophyton pyogène du cheval. Ce même champignon inoculé à deux souris a produit — fait constaté pour la première fois — des godets faviques. Ces godets sont moins envahissants que ceux qui résultent de l'inoculation des champignons du favus de l'homme et de celui du chien. Chez l'homme, ils sont rapidement masqués par le processus suppuratif inhérent à la vie parasitaire dans l'épiderme et dans le follicule pileux ; chez l'animal ils se détachent à la longue, laissant à nu des exulcérations suintantes et dépilées des téguments, et n'entraînent pas la mort. Ces constatations prouvent qu'il faut entre les trichophytons et les achorions faire tomber les barrières que la plupart des travaux antérieurs avaient édifiées. D'ailleurs l'étude morphologique et biologique, faite par l'un de nous, de plusieurs champignons faviques d'origine animale, aboutit à cette même conclusion. Ces faits viennent encore à l'appui de l'opinion que l'un de nous a contribué à fonder, à savoir, la pluralité des champignons susceptibles de végéter, sous la forme de godets d'une malignité variable, dans l'épaisseur du revêtement cutané de l'homme et de la souris.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 30 avril. — Présidence de M. Mangin.

M. Boucheron fait une communication sur l'*asthme* qu'il admet, en élargissant la théorie de M. Landouzy disant que l'asthme est souvent fonction de tuberculose, pouvoir être lié à l'infection par les toxines du streptocoque. Pour vérifier cette idée il a employé le sérum antistreptococcique dans deux cas d'asthme dus à la rhinite à streptocoques et le résultat fut très satisfaisant au point de vue thérapeutique.

M. Laveran a étudié le sang du calfat, oiseau intertropical qui habite les rizières et les endroits marécageux, sources de paludisme, et il y a constaté en grand nombre la présence d'*hématozoaires* semblables à ceux du geai, de l'alouette, et d'autres oiseaux de nos pays.

M. Sicard rapporte une observation d'*injection de sérum antitétanique* dans le canal rachidien d'un malade atteint de tétanos.

M. Galapied adresse l'observation d'un *chat qui fut sacrifié comme atteint de rage*, et chez lequel l'examen bactériologique et les cultures démontrèrent l'existence d'une tuberculose généralisée des centres nerveux.

M. Bloch communique les résultats d'une *thérapeutique nouvelle de la tuberculose pulmonaire chronique.* Elle consiste dans l'emploi d'un demi-corset plâtré appliqué sur le côté malade. On observe alors la diminution de la toux, de la fièvre et de l'oppression.

M. Ostwalt adresse l'observation d'une *déchirure valvulaire de l'aorte*, suite d'un effort violent, chez un vieillard, qui s'est guérie spontanément ainsi qu'en témoigne la disparition des signes physiques.

MM. Ch. Richet et Langlois revenant sur la question de *la résistance du canard à l'asphyxie* pensent, après de nouvelles expériences, que cette résistance n'est que le résultat de l'accoutumance ; en effet, on peut habituer progressivement les canards à rester de plus en plus longtemps sous l'eau.

M. Nicolle (de Rouen) adresse une note sur l'*agglutination des bacilles tuberculeux.*

M. Quinton a entrepris de vérifier le *degré de résistance des leucocytes* à l'eau de mer, qu'il regarde comme le liquide physiologique primitif. Les leucocytes des animaux marins inférieurs vivent très bien, on le sait, dans l'eau de mer ; l'auteur a pu s'assurer que les leucocytes des animaux supérieurs y gardent leurs mouvements amiboïdes dans toute leur intégrité.

MM. Dastre et Floresco communiquent les résultats de leurs recherches sur les *pigments du foie.* A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 mai 1898.

Evolution vicieuse de la dent de sagesse.

M. Reclus lit un rapport sur un travail de M. Moty invoquant l'existence d'un bourgeon épithélial intramaxillaire et son inflammation comme cause des accidents de la dent de sagesse. A côté de cette cause M. Reclus croit que le manque de place et la gêne mécanique jouent certainement un rôle.

Immunité de la race arabe contre la fièvre typhoïde.

Les Arabes sont très rarement, cent fois moins souvent que les Français frappés par la fièvre typhoïde. Malgré cette immunité M. Vincent n'a pas trouvé dans le sang de 23 indigènes examinés la réaction agglutinante. La fièvre typhoïde est d'ailleurs grave chez les Arabes qu'elle atteint.

L'orthoforme en gynécologie.

M. Pozzi présente au nom de M. Blondel une note sur l'emploi de l'orthoforme dérivé de la cocaïne. La dilatation de l'utérus, le curettage se font, grâce à son emploi, presque sans douleur.

Composition du bon lait.

M. Cany montre que le lait n'est bon qu'à condition que le rendement ne soit pas excessif, que la vache vive au moins partiellement au grand air et soit nourrie de foin de prairie naturelle.

De l'action diurétique du massage abdominal dans les affections du cœur.

M. F. Cautru fait sous ce titre une communication dont voici les conclusions : 1° Le massage abdominal a une action diurétique indéniable, qu'il soit employé seul ou

associé au massage général et à la gymnastique suédoise. Dans certains cas, cependant, l'ensemble de ces différents agents donne des résultats plus prompts, plus durables et plus complets. 2° Chez les cardiaques, la diurèse se produit rapidement surtout chez les malades porteurs d'œdèmes sous-cutanés ou viscéraux ; quelquefois dès le premier jour, ordinairement vers le troisième jour du massage, l'auteur a vu les urines monter de 250 grammes à 3.000 et 3.500 après trois massages. 3° L'état général s'améliore en même temps que la circulation se régularise. La composition des urines se rapproche de la normale.

Greffes à larges lambeaux.

M. Ollier donne le résultat de ses recherches sur l'évolution des greffes à larges lambeaux appliquées sur les plaies bourgeonnantes, suivant la méthode qu'il a préconisée avant Thiersch. En général, ces greffes se rétractent ; cependant, dans un cas, une greffe appliquée sur le genou s'est agrandie, peut-être sous l'influence des mouvements exécutés par le malade ; la peau est restée souple et élastique.

Pathogénie de l'abolition des réflexes.

M. Mendelsohn (de Saint-Pétersbourg) a montré, par des expériences électro-physiologiques, que les excitations réflexes remontent toujours jusqu'à la moelle cervicale, de sorte que l'abolition des réflexes peut survenir dans les lésions de la moelle cervicale. A.-F. Plicque.

CONGRÈS D'OPHTALMOLOGIE

Séance du 2 mai 1898.

Des hémorragies intra-oculaires chez les adolescents.

M. Abadie (de Paris). — Les hémorragies des jeunes sujets méritent une description à part parce qu'elles diffèrent à tous les points de vue : étiologie, nature, traitement, de celles qu'on rencontre à l'âge moyen de la vie ou chez les vieillards. Passé 40 ans ce sont surtout les affections rénales, l'albuminurie, le diabète, la goutte, qui jouent le rôle pathogénique le plus important. Chez les vieillards, la prépondérance étiologique revient aux affections cardiaques, aux lésions valvulaires, à l'artério-sclérose.

Nous pouvons établir cliniquement l'existence des variétés suivantes que nous allons successivement passer en revue : 1° les hémorragies à début brusque, sans phénomènes prémonitoires, sujettes à des récidives fréquentes auxquelles on pourrait appliquer la dénominations d'hémorragies subites à répétitions ; 2° les hémorragies à évolution rapide progressive, mais dont le début n'est jamais aussi brusque que dans la variété précédente; ces hémorragies, comme nous le verrons en discutant leur origine, pourraient être appelées dyscrasiques, car elles paraissent relever réellement d'une altération du sang; 3° les hémorragies liées à des lésions préalables des membranes profondes. Ce sont celles qui accompagnent certaines formes de chorio-rétinites. L'hémorragie intra-oculaire ne doit plus alors occuper la première place dans l'attention du clinicien, elle devient une simple complication d'une affection oculaire préexistante; 4° enfin une autre forme d'hémorragies intro-oculaires existe, due cette fois à la rupture des vaisseaux rétiniens. Il y a dans ces cas une véritable apoplexie de la rétine et du nerf optique et c'est pourquoi nous proposons de désigner ces hémorragies sous le nom d'apoplectiformes.

Hémorragies subites et récidivantes. — C'est de Græfe qui a signalé le premier les hémorragies subites récidivantes chez les jeunes sujets.

Ces hémorragies intra-oculaires ont pour caractères principaux d'êtres subites, récidivantes, d'avoir leur point de départ dans les régions équatoriales de l'œil et d'être en général bénignes. Elles sont en somme tout à fait comparables aux épistaxis qui surviennent chez les jeunes sujets au moment de la puberté.

Acceptant pour ces hémorragies la même étiologie que pour les épistaxis de la puberté, nous recommandons aussi le même traitement, c'est-à-dire avant tout une bonne hygiène, les toniques : quinquina, préparations ferrugineuses; la limonade citrique, sulfurique, les préparations d'ergotine. Nous devons faire quelques réserves au sujet de l'emploi des mercuriaux préconises par Nieden. Nous estimons que cette indication est surtout utile dans les formes liées à des chorio-rétinites préexistantes et nous nous demandons précisément en raison des succès obtenus par cette médication, s'il ne s'agissait pas parfois de cas de cette nature. En raison de la rapidité habituelle de la résorption, l'application de ventouses scarifiées à la tempe est généralement inutile. Elle n'aurait sa raison d'être que si l'épanchement persistait de façon anormale.

Hémorragies dyscrasiques. — Dans cette variété d'hémorragies le début est souvent insidieux. Habituellement les malades ne commencent à se préoccuper de leur état que lorsque leur vision a baissé d'une façon sensible, et déjà à ce moment le corps vitré uniformément trouble, sombre, presque noirâtre, empêche l'exploration des parties profondes. Néanmoins, quand exceptionnellement on peut surprendre les hémorragies au début même de leur apparition, voici ce qu'on observe : de fines stries sanguines se produisent tout d'abord le long des parois des vaisseaux rétiniens. D'abord discrètes et isolées, ces stries s'élargissent en nappe augmentant de nombre et d'étendue, envahissant tout d'abord de préférence le voisinage de la papille du côté de la macula, parfois la papille elle-même. Bientôt le sang qui était jusqu'alors répandu à la surface de la rétine, se fraye un passage dans le corps vitré. Ce sont d'abord des filaments rougeâtres membraniformes formés surtout par le sang extravasé. Mais bientôt le corps vitré troublé à son tour dans sa nutrition commence à se désorganiser. Ces hémorragies se produisent d'ordinaire sans provoquer le moindre symptôme réactionnel.

Les troubles fonctionnels sont en rapport avec le siège et l'étendue de ces lésions. Au fur et à mesure que les hémorragies s'étendent et envahissent les parties profondes, l'acuité visuelle baisse de plus en plus et dès que le corps vitré est devenu trouble, elle est réduite à une simple perception lumineuse quantitative. Mais même à une période avancée et quand l'affection est déjà ancienne, cette perception quantitative est conservée dans toute l'étendue du champ visuel. Le réflexe pupillaire à la lumière est aussi bien conservé. L'hémophilie, la phosphaturie et l'azoturie, les toxhémies passagères, les maladies infectieuses, la leucémie, l'anémie pernicieuse surtout peuvent devenir la cause de ces hémorragies intra-oculaires; on les a observées dans l'anémie d'origine helminthique.

Les hémorragies dyscrasiques nous paraissent mériter ce nom parce que tout d'abord, chez les malades atteints, on n'a trouvé ni altération des vaisseaux ni troubles de la circulation générale, et aussi et surtout en raison des remarquables résultats que fournit une thérapeutique dirigée surtout contre l'état du sang. Chez la plupart des sujets observés en effet, toutes les médications ont échoué, sauf les suivantes : le quinquina, de préférence sous forme d'extrait à dose assez élevée, de 1 à 2 grammes par jour, la limonade citrique ou sulfurique à volonté, le perchlorure de fer à la dose de 20 à 30 gouttes, enfin l'ergotine ou l'ergotinine à l'intérieur ou en injections sous-cutanées.

Hémorragies intra-oculaires secondaires dans les chorio-rétinites. — Des hémorragies se montrent parfois chez les malades atteints de chloro-rétinite. On sait combien cette dernière affection est commune chez les adolescents et les adultes, combien souvent elle est obscure dans son origine et variable dans ses modalités. Le fond de l'œil présente par la disposition, l'étendue, le siège des foyers morbides, les aspects les plus variés. Le corps vitré lui-même participe d'une façon éminement variable au processus pathologique. Tantôt il reste clair et limpide, permettant d'apercevoir très nettement les lésions rétino-choroïdiennes, tantôt au contraire il est flou, floconneux, laissant à peine entrevoir les membranes profondes devenues alors presque inexplorables. Quand l'hémorragie coexistera avec un ou plusieurs foyers de chorio-rétinite, c'est au traitement habituel de cette dernière affection qu'il faudra recourir, c'est-à-dire aux injections sous-cutanées de sels mercuriels solubles. A la désorganisation de la rétine et de la

choroïde s'ajoute celle du corps vitré, et quelquefois cette dernière prend une importance telle qu'elle imprime un caractère tout à fait spécial à la maladie. Elle prend alors le nom de rétinite proliférante.

Hémorragies rétiniennes apoplectiformes. — J'arrive à présent à une dernière variété d'hémorragies intra-oculaires, à laquelle je propose de réserver le nom d'apoplexies de la rétine. Quoique à début soudain, ou tout au moins très rapide, comme les formes subites et à récidives, ce qui leur appartient en propre, c'est d'être toujours très graves et d'aboutir habituellement à la perte de l'œil.

Dans les autres variétés, le sang épanché, au lieu de s'étaler dans les tissus voisins, se répandait de préférence dans le corps vitré. Ici, au contraire, le sang s'infiltre dans la trame même des tissus rétinien et choroidien, y produisant une désorganisation profonde, d'où gravité plus grande du pronostic. Cette imprégnation des tissus de l'œil par le sang épanché constitue même un signe de diagnostic si important que je le considère comme pathognomonique. Il n'a pourtant pas, que je sache, été signalé jusqu'ici. Des parties profondes, cette imprégnation gagne le tissu irien lui-même, dont l'aspect est complètement modifié. Des stries rougeâtres sanguinolentes le parcourent et modifient sa teinte générale. La pupille est généralement plus dilatée qu'à l'état normal et la tension intra-oculaire aussi plus élevée. D'ordinaire dans ces apoplexies rétiniennes des douleurs se montrent, rarement au début, mais quelques jours après. Ces douleurs localisées d'abord à l'œil s'étendent ensuite dans le territoire du trijumeau et prennent le caractère de douleurs glaucomateuses, rapprochant cette affection du glaucome hémorragique. Jusqu'ici ces apoplexies rétiniennes ont été mises sur le compte d'une altération des parois des vaisseaux. Je ne saurais adopter cette manière de voir indiquée pourtant par la plupart des auteurs. Je crois la pathogénie tout autre et je demanderai à la présenter avec quelque détail. Il s'agit dans ces cas de ruptures vasculaires dues non pas à la fragilité des parois qui sont normales mais à une vaso-dilabation excessive de ces vaisseaux allant jusqu'à leur éclatement. Pour nier les altérations vasculaires préexistantes, je me base d'abord sur l'âge des malades. A 30 ans on n'admet pas que les parois du vaisseaux soient altérées. Rien du côté du cœur et des gros vaisseaux. La localisation sur un œil est la même. En faveur de la rupture par vaso-dilatation excessive, je citerai : d'abord les douleurs dans le territoire du trijumeau qui indiquent un processus irritatif de ce tronc et des nerfs vaso-dilatateurs qui l'accompagnent ; les phénomènes glaucomateux qui surviennent et qui sont la conséquence d'une excitation vaso-dilatatrice. Enfin les bons effets du sulfate de quinine et des myotiques qui constituent la meilleure médication à opposer à ces cas là. Le traitement sera : ventouses scarifiées aux tempes, ésérine associée à la pilocarpine 0,05 de chaque pour 20 grammes d'eau distillée. Instillation toutes les 12 heures. On parviendra ainsi à prévenir de nouvelles hémorragies graves.

Phlegmon de l'orbite chez l'enfant.

M. Trousseau. — Il s'agit d'une fillette de neuf mois qui fut prise en pleine santé d'un phlegmon de l'orbite, sans qu'il fût possible d'attribuer le mal à une cause quelconque. Après incision et évacuation du pus, la guérison fut complète en treize jours. Le phlegmon de l'orbite est très rare chez l'enfant. Une intervention immédiate doit être faite, mais si l'on n'obtenait pas l'issue immédiate du pus, on ne doit pas placer de drains. Quelle est maintenant l'étiologie de cette affection ? Elle est difficile à établir. Un coryza léger ne saurait être mis en cause. Quant à la bactériologie, elle n'a révélé la présence d'aucun microbe spécial, si ce n'est le streptocoque et le staphylocoque. En général, le phegmon de l'orbite chez l'enfant est rare, et la guérison a lieu en quinze jours.

Trois cas de tumeur orbitaire chez l'enfant.

M. Valude. — J'ai observé, dans le cours de l'année dernière, trois cas de tumeur orbitaire chez des enfants de moins de un an. Dans le premier de ces cas, il s'agissait d'un endothéliome mixte, du type de ceux bien étudiés par M. Van Duyse. Une prolifération intraoculaire était constituée par du gliome, et la tumeur principale, remplissant l'orbite, allait jusque dans le cerveau. Bien entendu, l'opération dut être incomplète, et il est, d'ailleurs, probable que la tumeur provenait de l'endothélium de la pie-mère. Le second cas était un sarcome pur, à grandes cellules fusiformes du nerf optique. La sarcome, venu de la gaine du nerf, s'étendait surtout en arrière ; mais, cependant, la tumeur put être enlevée en totalité par éviscération de l'orbite, et actuellement, après neuf mois, il ne s'est pas produit de récidive, et l'enfant est en très bonne santé.

Le troisième enfant portait une tumeur volumineuse de l'orbite qui englobait le nerf. L'examen de la pièce démontra, après la ponction exploratrice, qu'il s'agissait d'une tumeur formée de graisse compacte, d'un volumineux noyaux de cartilage, avec, au centre, une cavité kystique étroite, revêtue d'épithélium cylindrique, caliciforme, à cils vibratiles, à franges multiples, remplissant la cavité. Cette tumeur appartient donc au type des tumeurs congénitales *mucoïdes*, provenant, d'après M. Panas, d'une involution de la muqueuse nasale.

Au point de vue clinique, ces trois faits offrent à remarquer ceci que, bien que ces enfants fussent porteurs de néoplasmes différents de nature et surtout de pronostic, il était impossible de s'en rendre compte avant l'extirpation de la tumeur ; ils étaient tous, en effet, de bonne santé apparente et sans aucun antécédent particulier.

Recherches expérimentales et anatomiques sur l'influence des nouvelles tuberculines de Koch O. et R. sur l'évolution de la tuberculose oculaire provoquée chez le lapin.

M. Zimmermann (de Stuttgart). — Les nouvelles tuberculines sont-elles capables d'influencer la tuberculose oculaire, telle est la question qui doit préoccuper les ophtalmologistes. J'ai fait une série d'expériences sur les lapins, que je rapporte ici. J'ai employé les tuberculines O. et R. fournies par la maison Meister Lucius. La première inoculation consistait à frotter sur l'iris l'anse de platine imprégnée d'une culture virulente de 12 et 20 jours de date. Ce n'est que vers la quatrième semaine que je commençais l'application de la tuberculine.

D'autres animaux témoins, morts ou atteints de phtisie oculaire, prouvaient bien que j'avais inoculé des cultures virulentes. La dose fut d'abord de 1/500 de milligramme, puis était augmentée jusqu'à 20 milligr. Je suis arrivé ainsi à ne provoquer aucune réaction locale et générale. Je crois pouvoir affirmer que les deux tuberculines O et R. ont une égale et réelle action spécifique antituberculeuse. Nous ne savons pas encore si elles ont aussi une action immunisante. Les deux tuberculines ne doivent être employées que quand il y a des tubercules visibles. Quand on débute par des doses faibles 1/500 de milligr. et qu'on n'augmente que très lentement pour atteindre le maximum de 0 milligr. 02 à 0 milligr. 03 tous les deux ou trois jours, on n'observe aucune réaction.

On peut chez les animaux espérer la guérison, même quand le globe commence à être atrophié. Chez l'homme, dans les cas rebelles, on pourrait tenter l'effet de la tuberculine en commençant par les doses minimes comme je l'ai dit plus haut.

La tuberculine pourra être un bon agent thérapeutique dans les tuberculoses oculaires.

Etiologie, évolution et traitement de la tubercul[illegible] de l'iris.

M. Lagrange (de Bordeaux). — Dans les cas où l'infection de l'œil est consécutive à un foyer latent, il est probable que les bacilles gagnent l'œil par la voie sanguine. Ce fait est démontré par l'expérience. Les cas personnels que j'ai suivis me permettent d'affirmer l'exacte localisation de l'affection au segment antérieur de l'œil, la protection de l'espace suprachoroïdal par le muscle ciliaire, la rapidité avec laquelle les éléments infectieux gagnent l'angle de filtration. La tuberculose de l'iris atteint vite l'orifice par lequel il lui est facile de se généraliser. Les animaux inoculés dans la chambre antérieure succombent à des lésions du foie, des reins et des poumons, et on a noté les désordres généraux qui suivent l'évolution de l'affection de l'œil. Quand la tuberculose oculaire est susceptible de se généraliser, il faut la traiter comme une tuberculose locale et agir en respectant la fonction visuelle. L'énucléation est contre-indiquée tant qu'il y a l'espoir de

conserver la vision, mais sans cela l'énucléation s'impose. Quand la tuberculose est secondaire et coexiste avec d'autres lésions évidentes, ou bien la lésion oculaire est secondaire en importance, ou bien elle est plus grave. Dans le second cas, il ne faut pas redouter que l'énucléation aggrave les lésions viscérales. En somme, il convient de considérer la tuberculose de l'iris comme les autres tuberculoses chirurgicales, et agir.

Le lupus des voies lacrymales.

M. MORAX. — L'étude de la tuberculose des voies lacrymales est de date relativement récente. Dans sa thèse de 1894, Jaulin n'a pu rassembler qu'un très petit nombre de faits où la nature du processus a été établie d'une manière indiscutable. Cela tient non à la rareté extrême de l'affection, mais bien plutôt à ce qu'elle n'est pas reconnue dans la majorité des cas. Morax relate tout d'abord une observation de double tumeur lacrymale liée à un lupus nasal dont le diagnostic fut établi par l'examen histologique et l'inoculation au cobaye. L'affection lacrymale avait été le premier et le seul symptôme révélateur du lupus nasal. La fréquence du lupus facial débutant au niveau de la région lacrymale, puis s'étendant à la joue, doit nous faire supposer que, dans ce cas, le processus lupique débutant par la muqueuse nasale, se propage à la muqueuse des voies lacrymales, et de là à la peau de la région du sac lacrymal. Morax cite à l'appui de cette interprétatiou, l'observation d'un jeune homme de vingt ans, atteint d'une double affection lacrymale et d'une petite lésion lupique de la joue consécutive à l'ouverture d'un abcès du sac. L'injection de tuberculine montra qu il s'agissait d'un processus tuberculeux, et la réaction locale mit en évidence une infiltration lupique discrète de la muqueuse nasale et des lésions bacillaires des ganglions cervicaux. Il n'existait chez ce malade aucune localisation pulmonaire. Dans un autre cas qui a trait aussi à un jeune homme de vingt-trois ans, l'existence d'une adénopathie cervicale fit supposer que l'affection lacrymale double dont il était atteint, était de nature tuberculeuse. L'inoculation d'un lambeau de la muqueuse du sac démontra qu'il s'agissait bien d'un processus tuberculeux. Il faut donc toujours penser à la possibilité d'une tuberculose des voies lacrymales chez les jeunes sujets porteurs d'une affection lacrymale dont l'étiologie ne peut être rattachée à la syphilis ou au traumatisme.

Quelle est la nature du cancer mélanique de la conjonctive ?

M. VENNEMAN (de Louvain) décrit dans l'épithélium conjonctival des cellules étoilées placées entre les cellules épithéliales ordinaires. Ce sont ces cellules qui, dans le cancer mélanique, se chargent de pigment noir-sépia. Au début le cancer mélanique est donc un épithélioma. La pénétration des bourgeons vasculaires du réseau capillaire dermique dans l'épithélioma ne peut changer le caractère épithélial de la tumeur. Semblable aux glandes envahies par le réseau capillaire, comme le foie par exemple, l'épithélioma mélanique cesse d'être typique c'est-à-dire avasculaire : c'est un épithélioma remanié ou vascularisé. Les cellules étoilées de l'épithélium sont les cellules protectrices des fibrilles nerveuses terminales intra-épithéliales. L'épithélioma mélanique est donc un névrome périphérique intra-épithélial analogue au gliome. Les nœvi mélaniques, ayant absolument la même structure que l'épithélioma mélanique au début, sont des épithéliomas en germe, par conséquent de vrais *noli me tangere*.

Lymphangiectasie de la conjonctive bulbaire.

M. JOCQS (de Paris). — C'est l'histoire clinique et anatomopathologique d'un cas de dégénérescence kystique de la totalité des deux conjonctives bulbaires. Une jeune fille de 17 ans porte sur ses deux conjonctives bulbaires une infinité de petits kystes miliaires. Ses cornées sont troubles au point qu'elle ne peut plus travailler et à peine se conduire. Les ganglions sous-maxillaires parotidiens, préauriculaires mastoïdiens sont engorgés et volumineux. La face, comme œdématiée, présente un aspect éléphantiasique. L'examen miscroscopique d'une portion excisée démontre que ces kystes très petits et très nombreux sont autant de dilatations lymphatiques.

Traitement. — Excision d'un centimètre de la conjonctive tout autour de la cornée. Plus tard massage au calomel. Au bout d'un mois, amélioration très notable. La malade peut reprendre son travail. M. Jocqs établit un rapprochement entre cette dilatation lymphatique de la conjonctive et l'aspect éléphantiasique de la face accompagné d'engorgements ganglionnaires et admet que cette dégénérescence kystique de la conjonctive est de même nature que l'éléphantiasis dont l'origine est généralement mise par les auteurs dans une lésion du système lymphatique.

Le sarcome des paupières.

M. FAGE (d'Amiens). — Le sarcome des paupières est une tumeur rare dont il n'y a que quinze cas, parmi lesquels deux personnels. Au début on peut le confondre avec le chalazion. Plus tard il s'étale sous la paupière en une masse dure, un peu bosselée, recouverte d'une peau amincie, violacée. Le sarcome est généralement pédiculé, saillant dans le cul-de-sac conjonctival. Il s'agit de sarcomes à éléments jeunes, cellules rondes à gros noyau, et cellules fusiformes courtes. Les sarcomes pigmentés se propagent au système lymphatique.

La guérison n'est pas impossible si l'on fait l'extirpation avant l'envahissement des ganglions.

Eviscération et insertion dans la sclérotique d'un globe d'argent (opération de Mules).

M. VERREY (de Lausanne). — Cet auteur apporte une statistique portant sur 313 cas qui se divisent en : succès complets 269, incomplets 7, échecs 67; ce qui donne, en comptant les guérisons incomplètes parmi les échecs, 78.7 0/0 de succès, 21 3 0/0 d'insuccès. Ces chiffres sont empruntés à des oculistes anglais et américains. Les résultats sont la formation d'un gros moignon ferme qui communique des mouvements étendus à l'œil artificiel. Dans trois cas une ophtalmie sympathique fit son apparition, mais aucun n'est prouvé réellement pour l'opération de Mules.

Critique de l'opération de Mules.
Intervention destinée à lui être substituée.

M. BOURGEOIS (de Reims). — L'opération de Mules tend à ne placer au premier rang que l'exentération; mais elle ne donne pas une garantie suffisante contre l'ophtalmie sympathique. Pour réussir une prothèse satisfaisante il faut énucléer le globe oculaire et placer un support souple aseptique dans l'espace intra-capsulaire. Les substances qui ont été expérimentées sont la soie, sous forme de fil enroulé autour d'un petit peloton de catgut ; l'ouate de tourbe, la bourre de soie maintenues sous forme de boules ne dépassant pas un centimètre de diamètre.

Après l'énucléation, et après avoir sectionné le nerf optique aussi loin que possible du globe, on place le support, et l'on ramène au-devant de lui les insertions musculaires en même temps que la conjonctive qu'on suture par trois points à la soie.

On obtient ainsi un moignon saillant et bien mobile.

Pemphigus oculaire.

M. BELLENCONTRE (de Paris). — Il existe une variété de pemphigus des muqueuses palpébrales qui est particulièrement grave, et qui est rare. J'ai observé une vieille femme qui eut d'abord un pemphigus de la muqueuse bucco-pharyngée qui se produisit ensuite à la muqueuse palpébrale et transforma l'œil en un symblepharon complet. Tous les traitements furent impuissants. La culture du muco-pus ne donna rien de particulier. Tous les travaux sont muets sur l'étiologie. Il s'agit de troubles trophiques. Le xerosis diffère du pemphigus par l'absence de bulles et une gravité moindre.

MM. GASTOU et GAUCHER ont rencontré des lésions des méninges et de la moelle.

En s'appuyant sur la clinique on peut dire que le pemphigus oculaire résulte d'une altération trophique de la conjonctive et de l'épithélium cornéen due à une lésion nerveuse siégeant sur la branche ophtalmique du trijumeau et des ganglions.

(*A suivre.*) KŒNIG.

CONGRÈS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
(2 MAI 1898).

Sur un cas de rétrécissement brusque de la trachée.

M. TEXIER (de Nantes). — Le nommé H. G..., âgé de 15 ans et demi, serrurier, est pris subitement le 20 mars 1898 d'un étranglement en mangeant son potage. Dyspnée violente. Accès de suffocation avec perte de connaissance pendant une demie-heure. Nuit relativement assez calme. Pas d'antécédents héréditaires tuberculeux. A eu en 1896 une pleurésie droite avec épanchement de courte durée, Dans la suite aucun signe bacillaire pulmonaire. Le lendemain matin examen du malade: poumons, cœur, aorte, æsophage, pharynx normaux. Inspection du cou : pas de déformation ni ganglion, un peu de tirage. Examen laryngoscopique, toutes les parties du larynx ne présentent aucune lésion. Les cordes vooales sont normales et sans trace de paralysie. Glotte large, permettant d'examiner complètement la trachée. L'auteur constate à la partie inférieure de la trachée un rétrécissement assez notable. A ce niveau le point rétréci présente la forme d'un ovale à direction oblique de droite à gauche et d'arrière en avant. La paroi postérieure de la trachée semble repoussée en avant. La lumière de la trachée semble, par ce fait, réduite de moitié. Le soir nouvel examen : le rétrécissement paraît plus prononcé, la rougeur de la muqueuse plus étendue. Le lendemain matin le malade a une dyspnée plus forte, un peu de cornage. La trachéotomie, pratiquée le plus bas possible, ne donne aucun résultat, le rétrécissement étant 4 à 5 centimètres au dessous; les canules ne peuvent le franchir, et faute de dilatateurs, on met un fort drain qui est bientôt aplati. Le malade meurt quelques minutes après. L'auteur élimine les rétrécissements intrinsèques de la trachée, le rétrécissement de l'œsophage et ne discute le diagnostic qu'entre l'abcès par congestion dû à une tuberculose vertébrale et de l'adénopathie trachéo-bronchique. L'absence de troubles du côté de l'œsophage fait admettre par l'auteur un rétrécissement aigu de la trachée par un ganglion trachéo-bronchique. Le point intéressant de l'observation réside dans la brusquerie du début et l'évolution rapide de l'affection terminée par la mort en 40 heures.

Intubation pour croup, d'un enfant de 7 mois, avec séjour, de 390 heures, en neuf reprises dans l'espace de 22 jours du tube dans le larynx. Guérison.

M. BONAIN (de Brest). — L'auteur fait ressortir tout l'intérêt aux points de vue suivants : 1° Jeune âge de l'enfant, nombre des interventions et longue durée du séjour du tube dans le larynx; 2° efficacité remarquable de l'intubaion aidée de la respiration artificielle comme intervention rapide, ayant permis de rappeler à la vie un enfant considéré comme venant de succomber; 3° emploi des nouveaux tubes d'O'Dwyer, en ébonite, remaquables par leur extrême légèreté et leur inaltérabilité au contact des parois du larynx, qualités précieuses surtout dans les intubations de longue durée.

Un cas de parosmie subjective

M. NOQUET (de Lille). — Après quelques considérations générales sur la parosmie subjective, M. Noquet relate un cas qu'il a observé chez un homme de 52 ans. Dans ce cas, dont le début remontait à un mois et demi, le malade percevait, d'une façon permanente, une odeur de putréfaction très désagréable, très pénible même. Mais c'était surtout au moment des repas que cette sensation s'exagérait; l'odeur des aliments et principalement celle de la viande la provoquait à un degré très prononcé. Il n'existait comme lésion apparente qu'une hypertrophie de la muqueuse des cornets moyens. Des deux côtés, la muqueuse de ce cornet était en contact, sur une grande étendue, avec la cloison. La muqueuse des cornets moyens fut réduite avec le galvano-cautère, et la parosmie disparut complètement.

Cancer du larynx et thyrotomie.

M. MOURE (de Bordeaux). — La laryngectomie totale ayant donné, aussi bien en France qu'à l'étranger, des résultats déplorables, l'auteur propose de traiter les tumeurs malignes intra-laryngées bien limitées, sans infiltration périphérique de tissus voisins, sans immobilisation du côté du larynx atteint, par la thyrotomie, et, au besoin, la résection partielle du cartilage. L'opération doit être une thyro-trachéotomie, faite dans une seule séance. L'ouverture de la trachée est considérée, par M. Moure, comme indispensable, soit pour assurer la respiration dans les jours qui suivent l'opération, soit pour mettre plus facilement le larynx à l'abri des récidives en laissant l'organe au repos pendant la période de cicatrisation. En cas de repullulation de la tumeur, l'existence de la canule évite une opération ultérieure qu'il faut faire au moment où la lumière glottique n'assure plus la respiration. Pour pratiquer la thyrotomie, on peut mettre le malade sur un plan incliné, de manière à éviter la pénétration du sang dans les voies aériennes que la canule-tampon ne suffit pas toujours à empêcher.

Aussi une fois le larynx ouvert, est-il bon de tamponner la partie inférieure du conduit aérien avec de la gaze iodoformée ou une éponge aseptique. Un badigeonnage de la muqueuse vocale avec la solution de cocaïne au 1/10, entre les réflexes de la muqueuse, facilite l'opération. Une fois la tumeur enlevée jusqu'au-delà de ses limites, l'hémostase étant assurée par le thermo-cautère appliqué *larga manu*, on referme la plaie thyroïdienne en assurant la réunion des lames cartilagineuses par un point de catgut; une réunion par plans séparés, muscles au catgut, peau avec des crins, constitue une excellente méthode. Si l'opération a été conduite avec prudence, les suites sont habituellement simples. L'auteur rapporte quatre observations, dont deux ayant trait à des malades opérés, l'un depuis six ans, l'autre depuis cinq ans, pour un épithélioma, tous les deux parfaitement guéris aujourd'hui. Dans les deux autres cas, il y a eu une récidive inopérable; l'autre malade a été thyrotomisé deux fois, mais le résultat n'est pas encore définitif. M. Moure conseille de laisser la canule, à demeure, pendant au moins six à huit mois et de bien s'assurer du résultat obtenu avant de l'enlever.

Phlegmon du cornet inférieur avec nécrose de la lamelle osseuse.

M. DÉLIE (d'Ypres). — Le malade, âgé de 35 ans, avait présenté à plusieurs reprises tous les symptômes d'un phlegmon dentaire au niveau de la joue droite. Malgré de larges débridements opérés par le médecin, la suppuration ne tarit point au niveau de la gencive; le nez, complètement obstrué à droite, était également le siège d'un écoulement muco-purulent : le malade en un mot présentait tous les symptômes d'un empyème du sinus maxillaire. L'examen du sinus en démontra l'intégrité. Une exploration minutieuse au stylet introduit par la fistule du sillon de la gencive et de la joue, permit de découvrir profondément du côté du nez, une partie osseuse dénudée, mobile. Tout mouvement communiqué au stylet était perçu par le malade, dans le nez. Il n'existait bientôt plus de doute que la partie osseuse malade était la lamelle osseuse du cornet inférieur. Pour obtenir la guérison rapide et complète, il a suffi d'inciser tout le cornet d'arrière en avant, de débrider et d'extraire la lamelle osseuse que je vous présente.

Hématome, abcès et kyste séreux de la cloison nasale.

M. J. GAREL (de Lyon). — Le titre de cette communication a été conçu intentionnellement pour bien indiquer les trois phases par lesquelles peuvent passer les collections liquides de la cloison. La dénomination « d'abcès » est insuffisante pour englober tous les cas. Ce terme est trop exclusif, car il ne peut comprendre les cas d'hématome et de kystes séreux, lorsque ceux-ci s'établissent indépendamment de tout abcès.

Relativement rare, la lésion est, le plus souvent, d'origine traumatique. Dans la majorité des cas, « on commence par un hématome, on finit par un abcès ». Mais aussi l'abcès peut survenir au bout de quelques jours sans hématome antécédent, par contamination de la plaie de la pituitaire. On a signalé également des abcès dans le cours de maladies infectieuses : érysipèle, typhus, variole, etc. A côté de ces diverses formes, sont signalés la périchondrite séreuse et les kystes séreux.

Les collections séreuses sont moins fréquentes que les abcès. M. Garel en cite trois observations personnelles. Quant aux abcès, il en rapporte six observations : une seule se compliqua de perforation de la cloison. Ces perforations sont en général peu fréquentes et sont ordinairement les consé-

quences des abcès ouverts spontanément. On observe aussi, exceptionnellement, une déformation en coup de hache de l'appendice nasal produite par une altération du support du nez, c'est-à-dire une lésion portant sur l'union du cartilage de la cloison avec la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, ou mieux avec le vomer.

Le diagnostic est facile pour celui qui en a vu un premier cas, surtout facile si la lésion est bilatérale. On aperçoit alors deux tumeurs symétriques de la cloison, tumeurs fluctuantes qui ne peuvent être confondues, ni avec un polype, ni avec une crête saillante du septum.

Comme traitement, l'auteur se rallie à l'ouverture unilatérale, ou bilatérale si les deux poches ne communiquent pas entre elles. Il pratique la ponction au galvano-cautère et n'est pas d'avis d'employer ensuite le drainage ou les mèches de gaz iodoformée. Il conseille les poudres et les lotions antiseptiques.

Abcès rétro-pharagien à streptocoques, chez un enfant de 13 mois. Sérothérapie antistreptococcique. — Guérison.

M. Boucheron (de Paris). — Physionomie de la maladie : Affection des voies respiratoires, de siège et de nature imprécisables, qui a fait maintenir l'enfant un mois à la chambre. Fièvre modérée, dyspnée sans tirage, pauses respiratoires nocturnes, faisant craindre l'arrêt de la respiration. Un curettage du rhino-pharynx fut sans résultat matériel et sans effet curatif.

Apparition d'un abcès ganglionnaire profond, de la base du cou, côté droit. A l'examen du rhino-pharynx, on constate un œdème de la muqueuse du pharynx nasal, et plus profondément, une poche fluctuante caractéristique d'un abcès rétro-pharyngien. L'agent microbien fut trouvé dans le pus de l'abcès ganglionnaire du cou. C'était un streptocoque en culture pure, grands chapelets de 10, 15, 30 grains, et quelques petites chaînes.

Immédiatement, injection hypodermique de serum antistreptococcique (un demi-centimètre cube chaque jour). Quatre jours après, le pus de l'abcès rétro-pharyngien, sous la pression du doigt dans le pharynx nasal, prend son écoulement par la plaie de l'ouverture de l'abcès du cou. — Evacuation complète de l'abcès en quatre jours, — cessation de la dyspnée dès le début de l'évacuation de l'abcès rétro-pharyngien.

Sous l'influence du sérum (7 injections de un demi-centimètre cube), rétablissement immédiat de la santé. L'enfant, très amaigri, presque mourant, n'eut pour ainsi dire aucune convalescence.

L'abcès rétro-pharyngien et l'abcès glanglionnaire du cou paraissent devoir être attribués à une légère attaque d'influenza, datant de cinq semaines, avec catarrhe purulent, verdâtre, des narines. La fièvre de l'influenza s'accompagna presque immédiatement d'un gonflement des ganglions du cou.

(*A suivre.*) Baratoux.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE.

Montpellier : 12 au 17 avril 1898.

Méthode Brown-Séquard ou Séquardothérapie. — Application à la vieillesse. — Prolongation de la vie.

M. le Dr Marmisse (de Bordeaux). — L'auteur commence par donner une notice biographique sur Brown-Séquard, ce savant qui provoqua une transformation radicale dans la thérapeutique. Né en 1817 à l'Ile Maurice, il vint faire ses études médicales à Paris, études qu'il termina d'une façon brillante par une thèse remarquable sur un sujet appartenant au système nerveux. Il s'adonna alors à ses travaux spéciaux qui lui créèrent des relations et des collaborations les plus flatteuses, et lui permirent de coudoyer constamment sur sa route les illustrations scientifiques de Paris : Claude Bernard, Vulpian, Charcot, etc. Il mourut en 1895, en laissant une œuvre capitale, à laquelle collabora le Dr d'Arsonval qui lui succéda au Collège de France.

La nouvelle thérapie de Brown-Séquard fut d'abord accueillie avec un enthousiasme où entrait certainement de la curiosité. Puis l'engouement subit une véritable détente. Mais la Séquardothérapie est enfin entrée dans la science officielle ; et ce qui le prouve, c'est que M. le Pr Landouzy, professeur de thérapeutique à la Faculté de Paris, a donné à la méthode la dénomination d'opothérapie et lui a fait les honneurs de ses leçons ; c'est que l'Académie de Médecine a créé une commission spéciale dite des extraits organiques, chargée d'étudier les préparations séquardiennes, parallèlement aux préparations pasteuriennes ; et c'est enfin la session du quatrième Congrès français de Médecine qui a complété le rapprochement entre ces méthodes.

L'auteur termine ensuite en déclarant que la Séquardothérapie est entrée définitivement dans les sentiers de la science et qu'elle peut désormais dédaigner les sceptiques, les moqueurs ou les indifférents. Il renvoie le lecteur à un tableau synoptique dans lequel il étudie la partie dogmatique et la partie clinique de l'œuvre, en s'appuyant sur 9 annexes et 18 observations.

De l'emploi, par usage externe, du salicylate de méthyle, dans la colique hépatique.

M. le Dr Chambard-Hénon (de Lyon). — Après avoir esquissé l'historique de la question depuis 1877 et jusqu'à nos jours, l'auteur présente trois observations très détaillées de malades ayant de la lithiase biliaire incontestable, toutes trois ayant fait des saisons à Vichy, — ayant montré de la poussière lithiasique ou de petits calculs dans leurs selles, et ayant souvent des crises de coliques hépatiques. Jamais l'action bienfaisante du salicylate de soude n'a manqué de se produire. Dès que les premiers prodrômes de la crise se faisaient sentir, vite on administrait 0 gr. 50 centigrammes de salicylate de soude de quatre heures en quatre heures et la diète lactée. Au bout de trois jours, toute menace avait disparu. Dans le cas d'une crise hépatique très violente, survenue chez une malade âgée de 78 ans, M. Chambard-Hénon a pratiqué l'application du salicylate de méthyle sur la peau. L'état de la malade s'était amélioré d'une façon inespérée. Ce résultat, qui l'avait frappé, amena tout naturellement l'auteur à appliquer ce traitement aux trois malades dont les observations sont données par l'auteur avec forces détails. Il résulte de l'étude que M. Chambard-Hénon a faite sur l'action du salicylate de méthyle que :

1° Pour bien réussir, il faut appliquer le remède le plus tôt possible, dès que le patient déclare qu'il sent une certaine pesanteur dans l'hypocondre droit, dès que l'on constate du gonflement du foie et la région de la vésicule un peu douloureuse ;

2° On peut sans inconvénient appliquer des doses de 6 à 8 grammes en 24 heures. On badigeonne et l'on applique par dessus une large feuille de gutta-percha laminée ;

3° Le soulagement commence à se faire sentir une demi-heure après le début de l'application ; il est très marqué au bout d'une heure ;

4° Cette médication n'a pas les inconvénients de la piqûre de morphine, le salicylate de méthyle ne fatigue pas les malades, comme le salicylate de soude ;

5° Les cas observés et traités par l'auteur lui paraissent encourageants ; il se propose donc d'appliquer cette méthode de préférence au salicylate de soude, sauf, en cas d'insuccès, à revenir au vieux traitement (piqûre de morphine, chloral, inhalations de chloroforme).

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, professeur du Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 15 mai 1898, à la Côte Saint-Martin, Pierrefitte, Morigny et Jeurre. Il suffit pour prendre part à l'excursion de se trouver au rendez-vous : Gare d'Orléans où l'on prendra à 7 h. 10 le train pour Etampes. On sera rentré à Paris à 6 h. 30. Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le Chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la place au Laboratoire de géologie avant samedi à 4 heures.

Suicide d'un Etudiant. — Un étudiant en pharmacie, M. André X..., élève chez son oncle, qui est établi pharmacien dans le quartier Bonne-Nouvelle, s'est suicidé en avalant du cyanure de potassium. Avant de se suicider, M. André X.... avait écrit une longue lettre à ses parents, dans laquelle il se plaignait d'avoir toujours sacrifié les [illegible] de la vie à son ambition d'obtenir des diplômes et d'avoir ainsi gâché son existence. « Dans ces conditions, ajoutait-il, effrayé par la perspective d'un nouvel examen et désolé d'avoir manqué ma vie, je me tue, en vous demandant pardon. »

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'anatomie humaine, publié sous la direction de M. Paul Poirier, avec la collaboration de MM. Charpy, Nicolas, Prenant et Jacques. — Paris, Masson et Cie, éditeurs.

Le nouveau *Traité d'Anatomie humaine*, publié sous la direction de M. Poirier, vient de montrer définitivement son incontestable supériorité sur nos autres traités, dans les deux fascicules récemment achevés. L'un de ces fascicules, concernant l'appareil circulatoire, traite des *veines* et des *capillaires*. Comme nous devions nous y attendre par la lecture du système artériel, le système veineux est développé et étudié avec une précision à laquelle nos anatomistes ne nous avaient point accoutumés. D'une lecture simple, facile, agréable même, ce livre offre en même temps des dessins vraiment anatomiques et qui suffiraient presque pour graver la région dans l'esprit du lecteur. C'est que l'auteur, qui s'est attaché visiblement à faire surtout une anatomie claire, précise, rigoureusement exacte et à la portée de tout le monde, a su en même temps, nous présenter la région comme elle se présentera sous le scalpel. Comme tous les fascicules actuellement parus, il offre l'avantage très appréciable d'être au courant des travaux les plus récents, tant en France qu'à l'étranger.

Nous en disons autant du fascicule qui traite de l'*Appareil respiratoire* et qui vraiment ne laisse rien à désirer. Le style présente la même facilité, les dessins la même clarté, le sujet traité la même précision tout anatomique. Nous sommes heureux de constater que nos espérances n'ont pas été déçues ; ces fascicules peuvent prendre place à côté de ceux précédemment publiés et nous avons pleine confiance que très prochainement nous posséderons un *Traité d'Anatomie* parfait.

Nous comptons, pour cela, sur l'activité infatigable de M. Poirier et de ses dévoués collaborateurs. Dr Wasp.

VARIA

Banquet du Pr Budin.

Mardi dernier, 10 mai, a eu lieu à l'Hôtel Continental, un banquet en l'honneur de notre cher collaborateur et ami, le Dr Budin, à l'occasion de sa nomination de Professeur. L'assistance était nombreuse, et comprenait près de 250 convives. Parmi eux, des collègues, des amis, des élèves, des membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique. Nous citerons, un peu au hasard, le doyen, M. Brouardel, qui présidait le banquet, les professeurs Bouchard, Landouzy, Berger, Grynfelt (de Montpellier), Crouzat (de Toulouse), le Dr Lefour (de Bordeaux), le sénateur Paul Strauss, les membres du Conseil de Surveillance, MM. Rissler, F. Worms, Dubrisay, Honoré, etc., etc., les Drs Léon Labbé, Nocard, professeur à l'école d'Alfort, Roux, de l'Institut Pasteur, François Franck, Bourneville, Huchard, Hallopeau, Hirtz, Féré, Letulle, Brault, Déjerine, Siredey, Babinsky, Gilbert, Netter, Paul Richer, Poyet, Cartaz, Chevalet, Berlioz, Bouilly, Blum, Bazy, Schwartz, Ricard, Galippe, Charpentier, Maygrier, Bar, Bonnaire, Boissard, Demelin, Tissier, Chavane, Olivier, Le Blond, Julien, Lutaud, Delbet, Faure-Miller, Bouloumié, Bottentuit, Debout d'Estrées, etc., et parmi les amis, Mounet-Sully, O. Doin, Yvon, Besson, Porte, Collin, Devy, etc.

Plusieurs discours ont été prononcés par : MM. Brouardel, au nom de la Faculté de Médecine ; Galippe, au nom des amis; Maygrier, au nom des accoucheurs; Labbé, à titre de maître et ami.

M. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, ouvre la série des toasts par une spirituelle allocution (1) dans laquelle il rend un hommage bien mérité et dans les termes les plus sympathiques à notre excellent ami, le Pr Budin.

(1) Nous espérons pouvoir reproduire l'allocution de M. Brouardel, dans le prochain numéro.

Allocution de M. le Dr Galippe :

Mon cher Budin,

Si l'on avait classé tes amis par ordre de mérite, tu ne me considérerais pas en ce moment, d'un œil un peu inquiet, dressé devant toi, un papier à la main.

C'est seulement à l'ancienneté, que je dois l'honneur de prendre ici la parole, au nom de tes amis d'enfance et de t'apporter leurs chaleureuses félicitations.

Tu n'as certainement pas oublié le vieux couvent de Capucins, transformé, malheureusement pour nous, en collège, dans lequel nos familles, plus soucieuses d'assurer notre avenir que d'obéir à nos aspirations personnelles, avaient emprisonné notre enfance.

Tu revois, sans doute, comme moi, ces murs épais et rébarbatifs d'où suintaient la tristesse et l'ennui, et tu entends peut-être encore le bruit de la lourde porte du collège, se refermant sur nous, bruit qui retentissait si douloureusement dans nos cœurs d'enfants.

Un hasard heureux, dont je n'ai jamais cessé de me féliciter depuis, nous avait faits voisins d'étude, et c'est dans cette intimité de tous les jours et de toutes les heures, que j'ai pu me former sur toi une opinion qui n'a point varié depuis.

C'est de cette époque aussi que date notre mutuelle affection.

Je te vois encore, vif, alerte, l'œil railleur, apportant dans les soins de ta personne un grain de coquetterie, bon camarade, point batailleur, mais tenace et courageux contre l'attaque et ne lâchant pied qu'après victoire conquise !

Déjà l'injustice avait le don de te révolter et Dieu sait, alors, si nous trouvions qu'on en commettait des injustices !

Tu n'étais presque jamais puni, non pas que tu fusses un petit saint, mais tu ne te laissais pas facilement prendre en défaut, et cependant, comme le disait un de nos maîtres d'alors. « toujours ton œil cachait un sourire ! »

A l'étude, tu me donnais l'encourageant exemple de nombreuses qualités, qui, si elles avaient été contagieuses, eussent pu faire de ton voisin un homme supérieur.

Accomplissant chaque chose en son temps, apportant dans l'exécution de la besogne quotidienne, des facultés d'ordre, d'exactitude, de netteté, tu occupais le premier rang dans ta classe.

Même tu avais déjà, et elle n'a pas changé depuis, cette écriture un peu menue et régulière, en apparence féminine, mais décelant, disent les graphologues, une volonté et une tenacité rares !

Sais tu, cher ami, que tu ne t'es point modifié et que dans l'homme d'aujourd'hui, on retrouve trait pour trait, le collégien d'autrefois. Non, tu n'as point changé ! Il semble que ta jeunesse soit immuable et quand je te considère, si différent de moi-même, il m'arrive parfois de rêver que tu es un enfant que j'ai eu quand j'étais tout petit !

Lorsque je te vois si semblable à toi-même, quand je constate la parfaite unité de ta vie, je reconnais combien l'éducation, cette adultération de la nature, est heureusement impuissante à déformer la personnalité humaine !

Le chef de service d'aujourd'hui ressemble à l'étudiant d'hier, comme celui-ci rappelait le collégien d'antan.

Faire son devoir et le bien faire ; apporter dans l'accomplissement des obligations de sa charge l'exactitude, la minutie, payer partout et à toute heure de sa personne, afin de pouvoir tout exiger des autres; donner constamment l'exemple du dévouement, tel je t'ai toujours vu et tel je te vois encore, à l'hôpital.

Penser chaque jour et à la même heure, à la même chose, est une force qui brise bien des obstacles, c'est un levier puissant dont tu t'es servi mieux que personne.

Tu sais prendre mûrement une décision, et celle-ci une fois prise, l'exécuter avec une énergie, que je t'ai plus d'une fois enviée! C'est avec ces qualités maîtresses qu'on violente la destinée et qu'on fixe l'inconstante fortune !

A côté de ces qualités qui font l'homme fort, tu en as d'autres, non moins précieuses, qui font l'homme heureux et aimé.

Tu as le charme, la douceur, la gaieté, en un mot, le don de plaire, d'attacher et de retenir.

Tes amis t'ont été fidèles et dévoués, parce que tu leur as

donné l'exemple de la fidélité et du dévouement. J'ajouterai, en jetant les yeux autour de moi, sans même tenir compte des absents, qu'ils sont nombreux!

Ces dons exceptionnels ne t'ont pas été inutiles et dans les jours sombres tu ne t'es point trouvé seul.

S'il est vrai qu'il y a une certaine douceur à se remémorer quand on est heureux, les épreuves passées, j'évoquerai le souvenir de ces temps douloureux où ta santé, ta vie même, parurent un instant en péril.

La lutte fut dramatique et pleine d'anxiété.

Le seul peut-être qui ne perdit point la tête, ce fut toi!

Lorsque l'heure des décisions suprêmes eut sonné, on le vit bien et la mort à laquelle tu t'étais préparé avec le stoïcisme du philosophe, recula devant ta volonté et ton énergie!

Mais, ne nous attardons pas sur ce passé lointain qui fut comme la rançon de ton heureuse destinée. Ton étoile un instant pâlie, se reprit à briller d'un nouvel éclat!

Tu es un mortel aimé des dieux, mon cher Budin. Deux fois, ils ont pris le soin de couronner ta carrière. Hier, entrait radieusement dans ta vie, une compagne charmante, dont la grâce et la tendresse fleurissent ton foyer; tu voudras bien permettre à ton vieux camarade d'enfance, à celui qui fut le témoin de ton existence, d'associer respectueusement Mme Budin, à la joie de tes amis.

Aujourd'hui, grâce à ta notoriété, conquise par un labeur acharné, grâce aussi à l'esprit de justice de la Faculté, te voici professeur. Je t'en félicite au nom de tes amis et je bois à la continuité de ton bonheur, à l'éclat et à la fécondité de ton enseignement!

Allocution de M. le Dr Maygrier :

Mon cher Maître, mon cher Collègue, mon cher Ami,

C'est à ces titres divers que je dois l'honneur de souhaiter ce soir la bienvenue au nouveau Professeur. Tout d'abord c'est au nom de vos élèves que je prends la parole, car j'ai été un de ceux de la première heure. C'est ensuite au nom de vos collègues des hôpitaux, dont je suis également un des plus anciens. C'est encore au nom de l'amitié qui nous unit depuis longtemps, et je veux profiter de l'occasion qui m'est offerte pour vous remercier publiquement de toutes les marques d'affection, de tous les excellents conseils, de l'appui si précieux enfin à tant d'égards, que vous m'avez prodigués dès mes premiers pas dans la carrière obstétricale.

Lorsque notre cher et regretté maître, le Pr Tarnier vous a appelé à collaborer à son *Traité d'accouchements*, voici comment il vous a présenté à ses lecteurs dans la préface du premier volume de cet ouvrage : « Le nom de M. Budin est bien connu du public médical. Son zèle pour la science, son ardeur au travail, sa connaissance approfondie des langues étrangères me rendent sa collaboration très précieuse et mes lecteurs applaudiront, j'en suis certain d'avance, au choix que j'ai fait. » Il était impossible de mieux dire, et je vous demande la permission de le prouver en commentant, en paraphrasant, pour ainsi dire, les termes mêmes dont s'est servi M. Tarnier. Je serai d'ailleurs aussi bref que possible, car je n'ignore pas que, dans un banquet, les discours les meilleurs sont les plus courts.

M. Tarnier a parlé d'abord de votre zèle pour la science. Nous savons tous comment ce zèle s'est traduit, et de combien de travaux vous avez enrichi la science obstétricale, cette science que vous aimez tant, et à laquelle vous vous êtes consacré tout entier. Vos belles recherches cliniques et expérimentales, vos mémoires originaux si lucides, si intéressants, sont connus de tous. Actuellement, depuis quelques années, votre activité s'est tournée vers un objet nouveau vous vous êtes attaché à étudier la question si complexe et si importante du lait et de l'alimentation du nouveau-né. C'est à votre initiative qu'est due la création de ces consultations de nourrissons qui commencent à se répandre partout : grâce à vous, l'hygiène des nouveau-nés a fait de grands progrès; en diminuant considérablement leur mortalité, vous aurez contribué à faire disparaître une des causes les plus graves de la dépopulation.

Mais, si je ne veux pas insister sur vos travaux scientifiques qui sont présents dans toutes les mémoires, comment ne pas parler du zèle que vous avez de tout temps déployé pour l'enseignement?

Cet enseignement, vous l'avez commencé il y a plus de vingt ans, dans une petite salle de la rue Monsieur-le-Prince, par des cours particuliers, très suivis, dont je fus un auditeur assidu, et que n'ont pas oublié plus que moi, j'en suis sûr, mes collègues d'internat d'alors, car je les revois ici pour la plupart.

Depuis, vous n'avez jamais cessé d'instruire les élèves, soit comme agrégé, soit comme accoucheur des hôpitaux. Vous avez organisé dans votre service de la Charité d'abord, à la clinique de la rue d'Assas ensuite, quand vous y avez fait l'intérim en l'absence d'un professeur titulaire, un mode d'enseignement clinique nouveau, très profitable aux étudiants, livrés jusqu'alors à eux-mêmes: la création de moniteurs chargés de les guider dans la pratique des accouchements, leur a rendu de grands services et ils vous ont prouvé leur gratitude en se pressant en foule à vos leçons. Enfin, pendant votre court séjour à la Maternité, vous avez pu, dans cette maison où jamais les étudiants n'avaient pénétré, inaugurer un enseignement spécial et faire profiter le public médical des richesses cliniques que renferme ce grand établissement.

Que de générations d'élèves vous avez ainsi formés, et combien, disséminés aujourd'hui dans toute la France et à l'étranger, vous doivent leur éducation obstétricale et vous en gardent une profonde reconnaissance!

Voilà ce qu'a produit votre zèle pour la science.

M. Tarnier a signalé ensuite à ses lecteurs votre ardeur au travail. Cette ardeur, tous ceux qui vous ont approché la connaissent. Elle est infatigable et communicative. Vous vous reposez en travaillant. Toujours le premier à l'hôpital, souvent le dernier, examinant toutes vos malades avec un soin méticuleux, vous donnez à tous l'exemple de la ponctualité, de l'exactitude et du dévouement. C'est grâce à cette activité prodigieuse, que vous pouvez, à l'étonnement de tous, mener de front une foule d'occupations, et cela tout en vous rendant compte de tout par vous-même dans les moindres détails.

Mais où vous avez donné la preuve la plus éclatante de votre acharnement au travail, c'est quand, pendant une longue et cruelle maladie, nous vous avons vu, dans les courts instants de répit que vous laissaient vos souffrances, rédiger avec un courage et une ardeur admirables un livre que vous considériez comme votre testament, et qui, fort heureusement, a été suivi depuis par plusieurs autres, après votre retour à la santé.

Enfin, la connaissance des langues vivantes dont vous avez reconnu de bonne heure l'absolue nécessité, et que M. Tarnier a signalée comme un de vos titres à collaborer à son œuvre, cette connaissance, dis-je, vous a permis de vous mettre en relation directe avec les accoucheurs des nations voisines, et de vous tenir toujours au courant de tous les progrès de la science obstétricale. De plus, vos nombreux voyages à l'étranger, les mémoires scientifiques dont vous avez été chargé à plusieurs reprises, vous y ont fait justement connaître, estimer et aimer.

Voilà, mon cher maître et ami, ce que je tenais à vous dire, et c'est avec une joie profonde que nous saluons votre arrivée dans cette chaire, où votre place était marquée depuis longtemps, et où vous continuerez à porter haut et ferme le drapeau de l'obstétrique française.

Encore un mot en terminant.

Nous fêtons ce soir votre entrée à la Faculté comme professeur titulaire. Mais par un concours singulier de circonstances, nous n'avons jamais eu l'occasion de vous féliciter publiquement pour d'autres distinctions très méritées dont vous avez été l'objet. Je veux parler de votre nomination déjà ancienne dans la Légion d'honneur et de votre réception à l'Académie de Médecine.

Je vous propose donc, Messieurs, de vous associer à moi dans un triple toast et de boire avec moi .

A Budin, chevalier de la Légion d'honneur,
A Budin, membre de l'Académie de Médecine.
A Budin, professeur de clinique obstétricale.

M. le Dr Léon Labbé, chirurgien honoraire des hôpitaux, sénateur, l'un des premiers maîtres de Budin, rappelle à son tour les nombreuses qualités qui distinguent le nouveau professeur et lui adresse de chaleureuses félicitations.

M. Budin a répondu par le discours suivant qui a soulevé à plusieurs reprises de chaleureux applaudissements.

Mon cher Maître, mes chers Collègues, mes chers Amis,

Je suis absolument confus de tout ce que je viens d'entendre. Je suis très ému par tous vos témoignages de sympathie, et il me semble que je ne pourrai que vous dire merci, merci de tout cœur, et puis m'asseoir. Mais je crains que vous ne trouviez pas cela suffisant. Eh bien, puisqu'il le faut et comme on dit maintenant devant le tribunal : allons-y!

Je vous remercie, mon cher Doyen, ainsi que vos Collègues de la Faculté qui, à la presque unanimité, ont bien voulu me désigner pour succéder au Professeur Tarnier. On parle souvent des ennuis que les candidats éprouvent lorsqu'ils doivent faire leurs visites; je ne les ai point connus. J'ai reçu partout le plus charmant accueil, et dans les conversations qui s'engageaient, ce dont on parlait le moins, ou même dont on ne parlait pas, c'était de ma candidature. Le chemin pour les candidats est ordinairement désagréable, rocailleux, pénible. Pour moi, je n'ai trouvé qu'un joli sentier de printemps, aux haies couvertes de roses et sous lesquelles il n'y avait pour ainsi dire point d'épines.

Vous avez bien voulu, mon cher Maître, en parlant de la dernière partie de ma vie, faire, ainsi que mon ami Galippe, une allusion à la délicieuse compagne qui fait la joie de mon foyer. Vos paroles à tous deux m'ont profondément touché; mais chacun ici s'associera à moi pour vous dire que toutes les jeunes femmes des médecins ont à Paris le meilleur exemple en la personne de notre Doyenne, qui possède tant de charmes, tant de talent et tant de bonté.

Je tiens à remercier mes collègues, les membres du Conseil de surveillance, qui m'ont fait le grand honneur de venir assister à ce banquet. Vous voyez, en effet, à cette table, un certain nombre de personnes qui n'appartiennent pas au corps médical. Elles s'occupent cependant activement de tout ce qui intéresse les malades. Les médecins ignorent, en général, combien on rencontre de dévouement, de science et de philanthropie parmi les membres du Conseil de surveillance et parmi ceux du Conseil municipal qui sont chargés de résoudre les questions d'assistance. Ce n'est point en vain qu'on fait appel à leur concours éclairé. On l'a vu tout récemment encore, le Conseil de surveillance a voté six millions pour la lutte contre la tuberculose, le Conseil municipal a fait de même. Des sommes considérables ont été attribuées à l'achèvement de l'hôpital Broca, à la reconstruction de la Maternité, à l'organisation des services spéciaux. Toutes les fois que le corps médical pensera qu'une réforme doit être faite dans l'intérêt des pauvres et des malades, qu'il s'adresse au Conseil de surveillance et au Conseil municipal, il est assuré de voir ses demandes attentivement écoutées.

Mon cher Galippe, tu m'as rappelé le temps où nous étions tout jeunes, tu m'as parlé du vieux collège de Beauvais. Oh, mon ami, quel douloureux souvenir! En y pensant, j'en ai froid dans le dos; mes impressions ont été telles que pendant longtemps, un de mes cauchemars, la nuit, était que ma famille me remettait au collège de Beauvais. Tu as pu faire de notre jeunesse studieuse un tableau charmant, tu en as oublié un coin. Il y avait là-bas un endroit que nous connaissions bien, c'est celui que, pas loin d'ici, de l'autre côté de la Seine, on appelle le « petit local ». Que de séjours nous y avons faits l'un et l'autre! Pour ma part, je me souviens que dans un mois, j'y fus envoyé quatre fois. Quant à toi, tu as retrouvé récemment ton nom profondément gravé sur une pierre en haut de la fenêtre. Combien cela t'avait-il demandé de séances? Un camarade injustement puni par le maître d'études avait été, c'est vrai, la cause première de notre révolte, mais nous avions déjà l'esprit critique et nous n'acceptions pas toujours ce qu'on voulait nous imposer comme étant la vérité. Et cependant, ces présences au cachot doivent te rappeler aussi quelque chose, comme un délicieux souvenir de jeunesse de Charles Nodier. La nuit venue, alors que nos camarades avaient regagné leurs dortoirs et que, plongés dans l'obscurité, nous pensions tristement que nous allions dormir fort mal sur le plancher, nous entendions un pas très léger, une clef pénétrait presque sans bruit dans la serrure, et nous voyions entrer, une lanterne à la main, une grande et mince jeune fille de 27 ou 28 ans (*Oh! oh!*). Messieurs, nous avions alors de 10 à 12 ans! C'était la fille du principal; elle nous grondait doucement de notre conduite, essayait de nous faire promettre d'être sages à l'avenir, et, finalement, nous apportait la grâce de son père. C'est ainsi que nous avons appris à connaître de bonne heure la femme consolatrice : c'était déjà l'éternel féminin qui nous apparaissait.

Vous aussi, mon cher Maygrier, vous avez rappelé d'autres tristes souvenirs de ma vie. Vous avez cité presque avec hésitation, pour ne pas me faire de peine, une longue et douloureuse période. Parlons-en, au contraire, je n'en ai conservé aucune amertume. Le poète que nous aimions n'a-t-il pas dit qu'il fallait avoir souffert pour apprécier les charmes de la vie :

Lorsqu'au déclin du jour, assis sur la bruyère,
Avec « de vieux amis », tu bois en liberté,
Dis-moi, d'aussi bon cœur lèverais-tu ton verre
Si tu n'avais senti le prix de la gaîté?

J'ai été malade, j'ai souffert, je sens aujourd'hui plus que tout autre ce que valent et la santé et la gaîté.

Et puis, de quels dévouements nombreux j'ai été entouré que je tiens à remercier publiquement! Le professeur Brouardel n'a pas un instant cessé de me donner ses conseils. Il en a été de même du professeur Potain, du professeur Tarnier. Le professeur Bouchard, lui, s'est rendu plusieurs fois jusqu'à Beaulieu, causer à mon chevet. Quant à mon bon et cher maître, M. Léon Labbé, il quittait Saint-Raphaël pour venir passer de longues heures près de moi. Et vous-même, mon cher Maygrier, vous avez laissé Paris pendant quinze jours pour vous installer dans la petite maison que j'occupais. Cela ne devait pas être gai pour vous. J'étais loin, j'étais presque un disparu; on dit que dans ces conditions, vos amis vous oublient. C'est faux, messieurs, c'est faux. Ils m'écrivaient constamment, demandez à Doin, à Poyet, à Cartaz, à Chevalet et à tant d'autres.

Puis, quand le moment de la décision grave fut venu, décision dont je m'étais longuement entretenu avec M. Bouchard et pour laquelle j'avais correspondu avec M. Brouardel et avec M. Tarnier, quand Celui que vous savez est arrivé pour me sauver, mes bons amis Crouzat et Bar se sont rendus dans le Midi. Il paraît que, dans le train, l'un disait à l'autre : « Ce pauvre Budin, on va lui donner le coup du lapin. » Et encore : « Il peut être tranquille maintenant, dans les conditions où il se fait opérer, il n'arrivera jamais à l'École. » — « Que veux-tu, répondait philosophiquement Paul Bar, mieux vaut un agrégé vivant qu'un professeur mort. » Il avait raison, un professeur mort ne peut même plus faire un agrégé, mais un agrégé vivant peut toujours, même longtemps après, même 13 ans plus tard, devenir un professeur!

La guérison semblait obtenue, mais elle n'était pas définitive; une autre tumeur se développa et il fallut attendre plusieurs années pour l'opérer. Les Prs Brouardel, Bouchard Potain, me continuèrent leurs excellents conseils. En 1887-88, tous les dimanches, dans la matinée, je montais l'escalier du Doyen. Nous suivions pas à pas les progrès de la maladie. J'avais accepté de faire comme agrégé l'enseignement de la clinique obstétricale et nous nous demandions avec anxiété si je pourrais aller jusqu'à la fin de l'année scolaire. Vous voyez, Messieurs, combien cette période m'a permis d'apprécier de dévouements que je suis heureux de remercier tous avec effusion. C'est pourquoi je n'en ai conservé aucune amertume.

A cette époque, Messieurs, alors que j'étais étendu sur mon lit, j'avais une vision qui revenait sans cesse à mon esprit. Il me semblait qu'une troupe de nageurs se trouvait au milieu d'un de ces grands fleuves qu'on décrit comme existant dans les pays nouveaux. En tête marchait Tarnier, grand, hardi, montrant la route : derrière lui, ceux qu'il essayait d'entraîner et qui le suivaient avec ardeur. Parmi les nageurs, un de ceux qui se trouvaient dans les premiers rangs, était pris

d'une crampe, une de ses jambes lui refusait tout service. Que faire? Abandonner tout et gagner la rive? Non, on ne se décide point, quand on est en pleine lutte, à la quitter définitivement. Alors se laisser sombrer plutôt que de se laisser vaincre? Non. Une idée : le nageur se jette sur le dos, il se laisse emporter par le courant, il s'aide de ses bras, de sa jambe restée bonne et il lutte, suivant de loin, de bien loin, ses amis. Et la crampe dure longtemps, elle dure toujours!! Enfin, elle cesse. Le nageur se retournant peut apercevoir encore ceux qu'il avait dû laisser passer. En des brassées vigoureuses, il se rapproche, il les rejoint, il s'efforce de regagner la tête du groupe qui marche vers l'Océan de vérité. Cette vision que j'avais souvent, ce rêve, Messieurs, est heureusement devenu pour moi la réalité.

Encore un mot, mes chers amis, et j'ai fini. MM. Brouardel et Maygrier ont bien voulu faire allusion à mes recherches sur le lait. Puisque le vin, ce lait de l'adulte, remplit nos verres, je lève le mien et je bois à votre santé, à votre bonheur à tous.

Après le banquet, on s'est réuni dans un salon voisin, où Mmes Amel, Félicia Mallet, Balthy, Miette, et les chansonniers Hyspa et J. Moy se sont fait entendre dans leur répertoire. Tous ces aimables artistes ont été vigoureusement applaudis, et l'on s'est séparé en félicitant chaudement MM. Doin et Dubrisay fils, les organisateurs de cette belle fête.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 16. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Rémy, Hanriot, Guebhard. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Delbet, Jalaguier, Varnier. — (2e *série*) : MM. Kirmisson, Ribemont-Dessaignes, Broca. — (3e *série*) : MM. Monod, Humbert, Bonnaire. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Reclus, Tuffier, Lejars. — (2e *série*) : MM. Marchand, Segond, Walther. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Déjerine, Marie.

MARDI 17. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série* : MM. Gariel, Gley, Chassevant. — (2e *série*) : MM. Hanriot, Guebhard, Thiéry. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Budin, Schwartz, Brun. — (2e *série*) : MM. Peyrot, Quénu, Bar. — 4e *de Doctorat*. (1re *série*) : MM. Proust, Ménétrier, André. — (2e *série*) : MM. Raymond, Gilbert, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Campenon, Richelot, Nélaton. — (2e *série*) : MM. Polaillon, Bouilly, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Chantemesse, Charrin. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Ballet, Roger. — (2e *série*) : MM. Cornil, Debove, Achard.

MERCREDI 18. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Ch. Richet, Hanriot, Guebhard. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Marchand, Ricard, Walther. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Gilles de la Tourette, Widal. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Delens, Humbert, Sébileau. — (2e *série*) : MM. Monod, Jalaguier, Tuffier. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Ribemont-Dessaignes, Varnier, Bonnaire.

VENDREDI 20. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : Ch. Richet, Rémy, Guebhard. — (2e *série*) : MM. Gariel, Déjerine, Hanriot. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Netter, Thoinot. — 2e définitif d'Officiat : MM. Potain, Poirier, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie (1re *série*) : MM. Segond, Reclus, Sebileau. — (2e *série*) : MM. Tillaux, Delens, Humbert. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Gaucher, Marie. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Ribemont-Dessaignes. Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 21. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Remy, Hanriot. Poirier. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Ballet, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie (1re *série*) : MM. Polaillon, Schwartz. Albarran. — (2e *série*) : MM. Campenon, Bouilly, Thiéry. — (2e *partie*) : MM. Raymond, Roger, Marfan. — (1re partie). Obstétrique : MM. Budin, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

VENDREDI 20. — M. Chauvel. L'exclusion du pylore. — M. Go[illegible]fier. Différence de traitements de l'hydrocèle. — Cure radicale. — M. Dubois. Des atrophies musculaires d'origine hystérique.

SAMEDI 21. — M. Guessarian. Incontinence d'urine chez la femme par anomalies du développement des organes génito-urinaires. — M. Robineau. Traitement chirurgical des phlébites. — M. Sas[illegible]i. Incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations pelviennes. — M. Kouindjy. Appendicectomie. — M. Lebedinsky. Les gingivo-stomatites et le polymicrobisme buccal. — M. Martin (G.). Etude sur la neurasthénie et l'état mental des neurasthéniques. — M. Liautaud. Du délire des actes dans la paralysie générale. — Dezirot. Etude sur la maladie d'Addison chez l'enfant. — M. Audat. De la rhino-pharingite chez les enfants. — M. Jeulain. De la chlorose thyroïdienne.

Enseignement médical libre.

Cours pratique d'ophtalmologie. — M. le Dr A. TERSON, chef de clinique, a recommencé le mardi 10 mai, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques : 1° ophtalmoscopie clinique (avec malades) : rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales; 2° chirurgie oculaire (avec exercices par les élèves). — M. F. TERRIEN, chef du laboratoire, a recommencé le mercredi 11 mai, à 5 heures, des conférences pratiques : 1° Anatomie normale et pathologique de l'œil (avec pièces et technique micrographiques); 2° bactériologie clinique de l'œil. Chaque cours durera six semaines : le premier aura lieu les mardi, jeudi et samedi à 5 heures, le second les lundi, mercredi et vendredi à la même heure.

Embryologie. — M. le Dr DARESTE : conférences pratiques d'embryologie normale et tératologique, les samedi et mardi de chaque semaine. Laboratoire de tératologie à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine (bâtiment du musée Dupuytren).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 1er mai au samedi 7 mai 1898, les naissances ont été au nombre de 1.137, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 413, illégitimes, 175. Total, 588. — *Sexe féminin* : légitimes, 388, illégitimes, 161. Total, 549.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 1er mai au samedi 7 mai 1898, les décès ont été au nombre de 1.028, savoir : 560 hommes et 468 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 1. T. 4.— Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.— Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 16, F. 18, T. 34.— Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2, — Coqueluche : M. 2, F. 1, T. 3. — Diphtérie, Croup : M. 2. F. 1, T. 3. — Grippe : M. 0, F. 2, T. 2. — Phtisie pulmonaire : M. 117, F. 78, T. 195. — Méningite tuberculeuse : M. 15, F. 14, T. 29. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 15, T. 35. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 31, T. 47. — Méningite simple : M. 15, F. 6, T. 21. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 32, F. 24, T. 56. — Paralysie, M. 6, F. 3, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 3, T. 5.— Maladies organiques du cœur : M. 33, F. 28, T. 61. — Bronchite aiguë : M. 10, F. 10, T. 20.— Bronchite chronique : M. 16, F. 12, T. 28.— Broncho-pneumonie : M. 27, F. 23, T. 50. — Pneumonie : M. 24, F. 29, T. 53. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 21, F. 23, T. 44.— Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 20, T. 36. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 2, T. 9. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 11, F. 7, T. 18.— Sénilité : M. 15, F. 26, T. 41. — Suicides : M. 15, F. 5, T. 20. — Autres morts violentes : M. 8, F. 2, T. 10. — Autres causes de mort : M. 98, F. 70, T. 168. — Causes restées inconnues : M. 11, F. 2, T. 13.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 72, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 22, illégitimes, 13, Total : 35. — *Sexe féminin* : légitimes, 20, illégitimes, 17. Total : 37.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Dernièrement les étudiants de Nancy ont manifesté bruyamment au cours du Pr Baraban, de l'Académie de Médecine, qui s'était présenté dans la deuxième circonscription de Nancy comme antisémite. L'arrivée du doyen a mis fin au tumulte. L'incident était motivé par une lettre du Dr Baraban mettant en cause un de ses collègues. (*Le Soleil.*)

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Un concours s'ouvrira le 10 novembre 1898, devant la Faculté de Médecine de Montpellier, pour deux emplois de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de Médecine de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Ont été promus dans le service de santé de la marine : au grade de médecin principal, 2e tour (choix), M. Feraud, médecin de 1re classe. — Au grade de médecin de 1re classe, 1er tour (ancienneté), M. C[illegible]urtier, médecin de 2e classe.

INFIRMERIE DE SAINT-LAZARE.— Le concours pour six places d'internes vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Bizard, Rellay, Moncl, Perrier, N ..., Vallet. Les titulaires sont nommés pour deux ans — Le *jury* était composé de MM. Le Pileur, Jullien, Thibierge. La question écrite était : *Rapports du cœur; insuffisance aortique.* — La question orale était : *Diagnostic différentiel de l'herpès et du chancre mou.*

CONSEILS DES UNIVERSITÉS. — *Université de Paris.* — Après délibération, le conseil de l'Université de Paris a créé à la Faculté de Médecine un emploi d'agrégé d'acconchements.

Université de Bordeaux. — Après délibérations, le conseil de l'Université de Bordeaux a créé à la Facultée de Médecine et de Pharmacie : un cours complémentaire de physiologie; un cours complémentaire d'embryologie; un cours complémentaire de médecine opératoire; un cours complémentaire de pathologie oculaire; une conférence d'hydrologie et minéralogie.

Université de Lille. — Après délibérations, le conseil de l'Université de Lille a créé pour les étudiants en Médecine, candidats à l'Ecole du service de santé militaire : un enseignement de philosophie; un enseignement d'allemand.

Université de Lyon. — Après délibération, le conseil de l'Université de Lyon a créé à la Faculté de Médecine et de Pharmacie un emploi d'agrégé (section de Médecine) et un cours complémentaire de clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Un concours s'ouvrira, le 7 novembre 1898, devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'*Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Dijon.* Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

HOMMAGE AU Dr BOURIENNE. — Le 25 avril a eu lieu, au cimetière de Caen, l'inauguration d'un monument elevé, par souscription, à la mémoire du Dr Bourienne, ancien membre du Conseil général et du Conseil municipal de Caen, ancien directeur de l'Ecole de Médecine, président de l'Association des Médecins du Calvados, président de l'Association républicaine de Caen, directeur du *Journal de Caen.*

VISITE MÉDICALE POUR LES PERMISSIONNAIRES. — Un decret modificatif des décrets de 1892 vient de prescrire la visite, avant leur depart, des hommes allant en congé ou en permission dans le but d'éviter, autant que possible, l'envoi en permission de courte durée de militaires en incubation de maladie ou déjà indisposés. Une note ministérielle enjoint en conséquence aux autorités militaires intéressées de se conformer aux dispositions suivantes : 1° Les hommes qui demandent une permission sont visités avant leur départ et retenus au corps dès qu'ils présentent des symptômes d'une affection, même legère et non contagieuse. 2° Les chefs de corps accordent, autant que possible, à ceux qu'il y aurait intérêt à envoyer exceptionnellement dans leur famille pour s'y faire soigner, des permissions d'une duree en rapport avec la durée probable de leur maladie, et après s'être assurés que leur famille est en situation de les soigner.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommes *Officiers de l'Instruction publique* : MM. les Drs Billon (P.-E.), Fabre (P. [illegible]) Garrat et Lambert (G.) (de Toulouse).

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ POUR LES MÉDECINS ÉTRANGERS. — Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique est approuvée la délibération du 28 mars 1898 du conseil de l'Université de Paris, relative à la delivrance du diplôme de docteur de cette Université aux étudiants étrangers qui ont obtenu de faire leurs études et de subir les examens à la Faculté de Médecine de Paris, avec dispense du grade de bachelier.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Amedeo MARIANELLI, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de Médecine de Modène. — M. le Dr L. SCHILLBACH, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de Médecine d'Iéna. — M. le Dr [illegible] KRASSOVSKI, ancien professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'Académie militaire de Médecine de Saint-Pétersbourg, correspondant étranger de l'Academie de Médecine de Paris. — M le Dr Henry MARSHALL, ancien lecteur de Médecine [illegible] à l'Ecole de Médecine de Bristol. — M. le Dr PHILOGONIO [illegible] UTINGUASSU, professeur suppléant de physiologie et d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Rio-de-Janeiro. — M. le Dr CHOLLOT (de Pontoy, près de Thionville), reçu docteur en 1837, le doyen des médecins d'Alsace-Lorraine. — M. le Dr [illegible]REVOT père, médecin [illegible] en retraite, [illegible] à l'âge de [illegible], à [illegible]. — M. le Dr DE SCHACKEU (de Pont-à-Mousson), [illegible] à Château-Salins (Lorraine). — M. le Dr [illegible] PINY [illegible] (Paris), reçu en 187[illegible]. — M. PIERRE, agé de 55 ans, [illegible] de [illegible], demeurant 21, rue de l'Odéon, s'est [illegible] des fenêtres de son [illegible], au troisième étage, et s'est tué. La cause de ce suicide est inconnue. — Une nouvelle victime du devoir Le corps médical hospitalier, dit le *Lyon médical*, vient de perdre un de ses membres, M. GAUME, externe des hopitaux, qui a succombé en peu de jours à une septicémie aigue contractée à l'autopsie d'une gangrène. M. Gaume était une nature d'élite. Pendant sa maladie, et alors qu'il ne se faisait pas illusion sur la gravité de son état, il ne cessait de songer à ses malades, et se préoccupait vivement d'assurer le service qui lui avait été confié. C'était un modeste, mais un grand travailleur, et il n'est pas douteux qu'un bel avenir lui fût réservé. Nous adressons à sa famille nos bien vives condoléances.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — *Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie.* — M. le Dr SEVESTRE, le lundi à 9 heures du matin, pavillon Trousseau) : un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie).

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Pr Albert ROBIN, médecin de la Pitié, suspendra son cours le lundi 16 mai courant, pour le reprendre le lundi 23 du même mois et le continuer les lundis suivants à 9 h. 3/4 du matin à l'hôpital de la Pitié.

ASILE CLINIQUE. (Sainte-Anne.) — *Clinique des maladies mentales* : Pr JOFFROY, le samedi à 10 heures.

HÔPITAL ANDRAL. — MM. Albert MATHIEU et Maurice SOUPAULT, conférences cliniques sur les maladies de l'appareil digestif, le vendredi, à 10 heures du matin.

Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac. — MM. Albert MATHIEU, médecin de l'hopital Andral, Maurice SOUPAULT, ancien interne des hôpitaux de Paris, J.-Ch. ROUX, interne des hôpitaux et LABOULAIS, ancien interne en pharmacie, commenceront, le 16 mai 1898, une série de conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. Ce cours durera deux mois. Les élèves seront exercés individuellement aux manipulations indispensables pour le diagnostic. Se faire inscrire : au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr SABOURAUD, le mardi à 10 heures, dans le laboratoire de l'Ecole, leçons théoriques et pratiques *sur les maladies du cuir chevelu.*

INFIRMERIE DE SAINT-LAZARE, 107, faubourg Saint-Denis. — *Enseignement libre. Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie, syphiligraphie et gynécologie.* — Ces cours sont faits deux fois par an par les médecins et chirurgiens de l'Infirmerie spéciale de Saint-Lazare. La deuxième série commencera le mardi 3 mai, à dix heures et demie du matin, et se continuera les jeudi, samedi et mardi suivants à la même heure. Sont admis à suivre ces cours les docteurs en médecine et les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions qui se seront fait inscrire chez M. le directeur de la maison de Saint-Lazare qui leur remettra une carte d'entrée. — Ces cours seront faits : le mardi par M. CHÉRON, *gynécologie*; le jeudi par M. JULLIEN, *vénéréologie*; le samedi par M. VERCHÈRE, *syphiligraphie*, et seront complets en dix-huit leçons.

HÔTEL-DIEU. — *Clinique chirurgicale.* — M. le Pr DUPLAY, le mardi et le vendredi à 10 heures.

ASILE DE VILLEJUIF. (Tramway du Chatelet). — *Maladies mentales.* — M. TOULOUSE, medecin en chef. — Le lundi à 9 heures, visite du service; à 10 heures, examen d'un malade par un élève; à 10 h. 1/2 leçon clinique.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — [illegible]

3e SÉRIE. T. VII. N° 21. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 21 MAI 1898.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

L'Aphasie amnésique et ses variétés cliniques;

Par le Pr A. PITRES.

PREMIÈRE LEÇON

SOMMAIRE. — I. Présentation d'une aphasique chez laquelle l'oubli des mots paraît être l'unique cause des troubles du langage. Cliniquement, elle est atteinte d'aphasie amnésique. Attaques dont cette dénomination et la doctrine qu'elle représente ont été l'objet.

II. HISTORIQUE. — Opinions de Bouillaud, Lordat, Broca, Trousseau etc., sur les rapports de l'amnésie verbale et de l'aphasie. Division de l'aphasie en amnésique et ataxique.

III. — Etudes modernes relatives à la psychologie du langage. Images auditives, visuelles et motrices des mots. Opinions de Wernicke, Kussmaul, Charcot, etc. Substitution de la doctrine des amnésies verbales partielles, à celle de l'amnésie verbale telle que l'avaient comprise les anciens auteurs.

IV. — Objections cliniques opposées à la doctrine des amnésies verbales partielles.

V. — Analyse d'un mémoire de M. Guido Banti. Nécessité de reprendre la question par la base en commençant par définir rigoureusement le sens des mots mémoire et amnésie.

Messieurs,

Existe-t-il une forme d'aphasie qui mérite le nom d'aphasie amnésique? ou, en d'autres termes, à la fois plus généraux et plus clairs : Quels sont les rapports de l'amnésie et de l'aphasie? tel est le problème de psychologie pathologique dont je voudrais chercher avec vous la solution.

Pour donner à notre étude une base solide, je commencerai par vous montrer un exemple bien net de ce qu'on appelait jadis l'aphasie amnésique. Nous verrons ensuite comment les cas analogues ont été interprétés par les auteurs anciens, partisans de la doctrine de l'amnésie verbale, et comment ils le sont par les modernes, opposés à cette doctrine. Puis, nous chercherons à déterminer de quelle façon et dans quelle mesure les perturbations ou les pertes de la mémoire peuvent donner naissance à des perturbations ou à des pertes de la fonction du langage. Enfin, revenant à la clinique, nous passerons en revue les principales variétés de l'aphasie amnésique, nous tâcherons de déterminer la topographie des lésions qui leur donnent naissance, et nous indiquerons les particularités sur lesquelles doivent en être établis le diagnostic et le pronostic.

Les grandes lignes de notre programme étant ainsi tracées j'entre immédiatement en matière.

I. La malade qui est devant vos yeux est âgée de 38 ans. C'est une grosse femme de mœurs légères, coutumière de tous les excès que la morale et l'hygiène s'accordent à réprouver. Elle a pris, il y a deux ans, un chancre induré de la vulve, suivi d'accidents secondaires (roséole, plaques muqueuses à l'anus et à la bouche, etc.) qu'elle a traités fort légèrement. Il y a trois mois, elle est devenue subitement, à la suite d'une attaque d'apoplexie, hémiplégique droite et aphasique. L'hémiplégie était totale et complète; l'aphasie, absolue. Un traitement spécifique intensif fut aussitôt institué. Il paraît avoir eu des bons résultats car la paralysie de la moitié droite du corps et l'aphasie se sont rapidement améliorées. Mais depuis quelques semaines les accidents ne s'amendent plus; il semble que les bons effets de la cure soient maintenant épuisés. Les symptômes qui persistent sont : une hémiparésie du côté droit avec exagération légère des réflexes tendineux, et certains troubles du langage qui vont arrêter longuement notre attention.

La malade comprend parfaitement tout ce qu'on lui dit. Elle peut lire à haute voix, aussi bien l'écriture imprimée que la cursive. Elle se rend assez exactement compte du sens de ce qu'elle lit. Elle prononce, avec une articulation irréprochable, tous les mots qu'on la prie de répéter. Elle est capable de parler. Son vocabulaire est assez riche pour qu'elle puisse exprimer à peu près tout ce qu'elle pense. Cependant, il lui arrive souvent d'être arrêtée, au milieu d'une phrase, parce qu'un des mots nécessaires pour revêtir sa pensée lui échappe. Elle cherche alors à se rappeler ce mot qui lui manque; si elle parvient à le retrouver, elle le prononce vivement et continue la phrase commencée. Si elle ne le trouve pas, elle s'efforce de suppléer à son absence par des périphrases.

Elle reconnaît très bien les objets qu'on lui présente et nomme la plupart d'entre eux sans la moindre hésitation; mais, parfois, elle s'aperçoit, à sa grande surprise, qu'elle a oublié les noms des objets les plus vulgaires. Je lui montre, en la priant de nous dire ce que c'est : une bouteille, un verre, un bonnet, une ceinture, etc., et ses réponses ne laissent rien à désirer. Mais voici un étui; elle l'ouvre, en tire les aiguilles, nous explique qu'elle connaît parfaitement ces objets, que « *c'est pour coudre* » ... mais elle ne parvient à trouver ni le mot *étui* ni le mot *aiguille*. De même, je lui montre une fourchette, elle dit : « *ça, c'est pour manger* »; — des allumettes : « *c'est pour allumer* »; — mais elle ne trouve pas spontanément les mots *fourchette* et *allumette*, qu'elle répète cependant très aisément aussitôt qu'on les a prononcés devant elle.

Parfois, après avoir employé diverses périphrases, le mot cherché lui vient subitement à l'esprit. Je mets sous ses yeux un atlas de géographie, en lui demandant comment s'appelle ce livre. Elle dit : « *Je le sais bien... il y a dedans beaucoup de choses : la terre, les rivières, les montagnes, l'histoire naturelle...*, et, tout à coup, elle lance à pleine voix le mot : « *géographie.* »

Si, quand elle cherche un mot qu'elle ne trouve pas spontanément, on lui en souffle un autre, elle fait un signe de tête négatif et continue à chercher. Si, au contraire, on lui souffle le mot juste, elle le reconnait aussitôt et le répète vivement avec satisfaction. Si, même, on ne lui souffle que la première syllabe du mot cherché, elle trouve généralement le mot entier, et, quand elle l'a trouvé, elle le prononce en l'articulant très nettement; mais elle l'oublie avec une désespérante rapidité, car si quelques minutes après qu'on lui a soufflé le nom d'un objet on lui redemande le nom de ce même objet, elle est généralement incapable de le retrouver seule; il faut encore le lui souffler.

N'oublions pas de signaler que la parésie du côté droit la gêne beaucoup pour écrire, mais qu'elle n'a

pas perdu pour cela la faculté de tracer les caractères graphiques qu'elle connaissait. Elle peut former grossièrement des lettres isolées ou des mots entiers ; elle signe lisiblement son nom.

Tel est, messieurs, l'état de notre malade. Qu'elle soit aphasique, cela ne fait pas l'ombre d'un doute puisqu'elle se trouve, à certains moments tout au moins, dans l'impossibilité d'utiliser les symboles verbaux nécessaires à l'expression de sa pensée, bien qu'elle sache ce qu'elle veut dire et qu'elle n'ait pas de paralysie des muscles de la phonation. Mais de quelle forme d'aphasie est-elle atteinte ? Ce n'est pas de l'*aphémie* puisqu'elle articule très bien les mots qu'elle sait, et répète sans la moindre difficulté tous ceux qu'on prononce devant elle. Ce n'est pas non plus de l'*agraphie* puisqu'elle écrit (autant que le lui permet la parésie de son membre supérieur droit), des lettres isolées et des mots entiers. Ce n'est pas davantage de la *cécité verbale* puisqu'elle est capable de lire mentalement et à haute voix; ni de la *surdité verbale* puisqu'elle entend et comprend tout ce qu'on lui dit. C'est autre chose que tout cela : c'est ce qu'on appelait naguère l'*aphasie amnésique*, c'est-à-dire une forme d'aphasie dans laquelle les troubles du langage sont déterminés par l'oubli des mots nécessaires à l'expression des pensées.

Mais ici surgit une grosse difficulté. Cette dénomination d'aphasie amnésique qui paraît de prime abord convenir parfaitement au cas que nous venons d'étudier, cette dénomination, dis-je, après avoir été longtemps acceptée sans contestation par les médecins les plus autorisés, a été récemment l'objet d'attaques violentes. Elle est, en quelque sorte, frappée d'excommunication majeure. Beaucoup d'auteurs contemporains l'ont solennellement condamnée. On l'a honteusement rayée du cadre nosologique. Il n'y a pas lieu, a-t-on dit, de conserver à une forme particulière d'aphasie le nom d'aphasie amnésique, car toutes les aphasies sont des amnésies. « Distinguer l'aphasie de l'amnésie est chose impossible. On n'y réussira jamais ». Dès lors « parler d'aphasie par amnésie, c'est commettre un pléonasme, c'est confondre la partie et le tout, quand ce n'est pas simplement se payer de mots (1) ». Ces attaques ont porté leurs fruits. Si vous parcourez les ouvrages classiques récents, vous constaterez que plusieurs d'entre eux, et des meilleurs, ne font même pas mention de l'aphasie amnésique (2) ; d'autres la signalent timidement (3) ; quelques-uns seulement continuent à la donner comme une forme distincte et autonome des troubles aphasiques du langage (4). Tout cela doit nous faire hésiter à porter le diagnostic d'aphasie amnésique. Eh bien ! au risque de passer à vos yeux pour un réactionnaire, je crois fermement qu'il y a lieu de conserver cette dénomination ; j'estime qu'il faut, dans certains cas, poser sans hésitation le diagnostic d'aphasie amnésique, et je vais essayer de vous en fournir des preuves que je considère comme convaincantes. Mais auparavant, je dois vous exposer les raisons qui ont fait accepter par nos prédécesseurs la notion de l'aphasie amnésique et celles qui la font repousser aujourd'hui par beaucoup de nos contemporains. La tâche n'est pas commode, car les opinions opposées des anciens et des modernes reposent sur des controverses fort subtiles, dont il est souvent malaisé de saisir le sens et de comprendre la portée. J'essaierai néanmoins de la remplir de mon mieux.

(1) Bernard. — *De l'aphasie et de ses diverses formes.* Thèse de doctorat. Paris, 1885, p. 12. Une 2e édition a été publiée en 1889 par le *Progrès médical.*

(2) Tels sont : Brissaud, article *Aphasie* du *Traité de Médecine* Charcot-Bouchard, t. VI, p. 102. — Jean Charcot, *Traité pratique de Médecine*, Debove-Achard. — Dieulafoy, *Manuel de Pathologie interne* 10e édit., 1897, t. II, p. 437; etc.

(3) De ce nombre est le Pr Grasset, qui considère l'amnésie des mots comme le degré inférieur de l'aphasie. (*Traité pratique des maladies du système nerveux*, par Grasset et Rauzier, 4e édit., t. I, p. 143.)

(4) Ce sont : James Ross, *On aphasia.* — Louis Hirt, *Pathologie et thérapie des maladies du système nerveux*, trad. franç. Liège, 1891. — Ferrand, *Le langage, la parole et les aphasies*, Paris, 1894. — John Wyllie, *The disorders of speech.* Edinburgh, 1894 ; etc.

II. Les premiers observateurs qui ont étudié l'aphasie distinguaient dans le langage deux éléments différents : la *parole intérieure*, opération intellectuelle par laquelle nous nous parlons à nous-mêmes, et la *parole extérieure* par laquelle nous communiquons nos pensées à autrui à l'aide de signes représentatifs. Ils croyaient que ces deux modalités du langage, indépendantes l'une de l'autre, pouvaient être altérées isolément, que certains aphasiques ne parlaient pas parce qu'ils avaient perdu la parole intérieure, le *verbe*, d'autres, parce qu'ils étaient incapables de prononcer les mots dont ils avaient cependant la notion présente dans l'esprit. Bouillaud s'occupa surtout de cette seconde variété. Dès 1825, il réunit des documents anatomo-cliniques tendant à démontrer que les lésions destructives des lobes antérieurs du cerveau ont pour effet d'abolir la possibilité de parler, parce qu'il existe, dans ces lobes antérieurs « un principe législateur de la parole, un centre particulier, destiné à produire et à coordonner les mouvements servant à l'expression des pensées et des sentiments ». Mais il ne pensait pas, ainsi qu'on le prétend souvent à tort, que l'aphasie fût toujours et nécessairement un phénomène d'ordre moteur. Pour lui, la perte de la parole, considérée dans l'ensemble de ses éléments, dépendait : tantôt de la perte des mouvements coordonnés des organes affectés à la prononciation, à l'articulation des mots, tantôt à la perte de la mémoire de ces mots (1).

(1) Cette idée de la dualité de l'aphasie est très nettement exprimée par Bouillaud dans le passage suivant :

« Remarquez qu'il est de toute nécessité de distinguer dans l'acte de la parole, deux phénomènes différents, savoir, la faculté de créer des mots comme signes de nos idées, d'en conserver le souvenir, et celle d'articuler ces mêmes mots. Il y a, pour ainsi dire, une parole intérieure et une parole extérieure : celle-ci n'est que l'expression de la première. Le système nerveux qui préside à la formation des signes n'est pas le même que celui qui produit les mouvements des organes de la parole puisqu'il n'est pas rare de voir la parole suspendue, tantôt seulement parce que la langue et ses organes congénères se refusent à la prononciation des mots et tantôt parce que la mémoire de ceux-ci nous échappe. Peut-être que la substance grise des lobules antérieurs est l'organe de la partie intellectuelle de la parole, tandis que la substance blanche est l'organe qui exécute et coordonne les mouvements musculaires nécessaires à la production de la parole ». — Bouillaud. *Recherches cliniques propres à démontrer que la perte de la parole correspond à la lésion des lobules antérieurs du cerveau et à confirmer l'opinion de M. Gall sur le siège de l'organe du langage articulé.* Mémoire lu à l'Académie de Médecine le 20 février 1825, inséré dans les *Archives générales* de Médecine, mai 1825, 3e année T. VIII, page 25. — Et dans le *Traité de l'Encéphalite* il dit : « Avant de terminer les réflexions relatives à la parole et à la mémoire des mots nous ne pouvons nous empêcher de revenir un instant sur un phénomène bien singulier, mais qui concourt à prouver combien est exacte la doctrine de la pluralité des organes cérébraux. Ce phénomène consiste en ce que l'on observe quelquefois des exemples d'une perte partielle de la mémoire des mots. Ainsi le malade qui fut le sujet de l'observation 7 conservait la mémoire de plusieurs mots tandis que celle de plusieurs autres s'était totalement effacée de son cerveau. Quelques autres de nos malades, ceux des observations 30 et 41,

Lordat était, au fond, du même avis. Il soutint, lui aussi, dans ses leçons de 1843, que l'aphasie (on disait alors l'alalie, mais le nom importe peu puisque la chose est identique), pouvait dériver de deux processus élémentaires différents : *l'amnésie verbale* et *l'asynergie verbale*; *l'amnésie verbale*, c'est-à-dire l'oubli des mots nécessaires à l'expression de la pensée; *l'asynergie* verbale, c'est-à-dire la suspension ou la perte des associations musculaires qui entrent en jeu dans l'action de parler (1).

Ces idées laissèrent dans la science une trace profonde; et quand, en 1862, Broca pratiqua les deux autopsies qui lui permirent de préciser la localisation de *l'aphémie* dans le pied de la troisième circonvolution frontale gauche, il ne trouva, pour expliquer la perte de la parole, que les deux hypothèses émises par ses prédécesseurs. Il eût voulu choisir entre elles, car il lui semblait logique d'admettre que si la lésion causale de la maladie avait une localisation unique, sa pathogénie devait être une. Mais, ne trouvant pas, dans la clinique, de raison suffisante pour faire un choix motivé, il se contenta de les signaler toutes deux sans se prononcer nettement en faveur de l'une ou de l'autre (2). Plus tard, cependant, il précisa ses idées et réserva le nom d'aphémie à l'abolition du langage articulé chez les individus qui ne sont ni paralysés de la langue, ni idiots. « L'aphémie, disait-il alors, c'est l'état d'un malade qui ne peut parler, bien qu'il ait plus d'intelligence qu'il n'en faut pour parler, et bien que d'une autre part les organes de la phonation et de l'articulation soient en état de fonctionner... C'est la perte de la mémoire des moyens de coordination que l'on emploie pour articuler le mot » (1).

Cette conception est juste. Elle a triomphé de toutes les oppositions.

L'aphémie, telle que l'a décrite et limitée Broca, est bien un syndrome moteur. Mais l'aphémie ne constitue pas à elle seule toute l'aphasie. Elle n'en est qu'une variété. S'il y a des aphasiques qui ne parlent pas parce qu'ils ont perdu le pouvoir de coordonner leurs mouvements d'articulation, il en est d'autres chez lesquels la perte de la parole tient à d'autres causes. C'est là ce que Falret s'efforça de mettre en relief dans son mémoire célèbre de 1864 (2). C'est ce que Trousseau démontra avec un incomparable talent dans ses discours à l'Académie et dans ses leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu. Pour lui, l'aphasie était un syndrome complexe à pathogénie multiple, provoqué tantôt par la perte de la mémoire des mots, tantôt par la perte de la mémoire des mouvements de la phonation. « Il y a, disait-il, chez les aphasiques, une impossibilité de parler qui tient à des causes fort diverses qu'il est très difficile de bien préciser. D'abord il y a de l'amnésie; cela est de la plus grande évidence. L'amnésie est même, chez la plupart d'entre eux, le phénomène dominant. Ils ne parlent pas parce qu'ils ne se souviennent pas des mots qui expriment leur pensée... et cela constitue quelquefois le seul phénomène morbide chez l'aphasique. Mais il y a dans l'aphasie un autre phénomène bien étrange qui, peut-être, n'est qu'une forme de l'amnésie et qui consiste dans l'impossibilité de prononcer les mots... Il semble donc qu'il y ait chez ces malades une impossibilité de coordonner les mouvements qui servent à la phonation. En effet, la faculté motrice est intacte, comme on peut s'en assurer en leur ordonnant de mouvoir la langue et les lèvres dans tous les sens; mais dès que les mouvements doivent se combiner pour produire un mot, il y a impossibilité. Je me suis demandé si ce n'était pas tout simplement l'oubli des mouvements instinctifs et harmoniques que nous avons tous appris dès notre première enfance et qui constituent le langage articulé. » En fin de compte, Trousseau admet que la mémoire n'est pas *une;* qu'il y a des mémoires partielles, susceptibles d'être altérées ou abolies isolément, et que parmi ces mémoires partielles dont la perte peut aboutir à l'abolition du langage articulé, il en faut distinguer au moins deux variétés :

1° Celle de l'évocation mentale des mots;

2° Celle des mouvements coordonnés servant à leur émission.

Cette notion des mémoires multiples, qui nous paraît aujourd'hui toute naturelle, était alors en opposition avec les idées courantes. Les psychologistes considéraient la mémoire comme une des Facultés de l'âme. Ils en faisaient une entité autonome et indivisible. On pouvait avoir une bonne ou une mauvaise mémoire, mais on n'avait qu'une mémoire. Gall avait bien essayé de s'élever contre ces doctrines. Il avait soutenu que la mémoire n'était pas une faculté primordiale de l'esprit, mais un attribut général des divers centres d'activité cérébrale. Et comme il pensait que le cerveau contenait des organes distincts pour chacune des grandes mani-

par exemple, ne pouvaient articuler que les mots *oui* et *non*; d'autres répétaient comme automatiquement les derniers mots des phrases qu'on leur adressait. Le sujet de l'observation 38 avait perdu la mémoire de tous les noms. Mon ami M. Cassan, interne des hôpitaux, dans une lettre qu'il vient de m'écrire, me communique l'extrait d'une observation très curieuse et relative à l'objet qui nous occupe et qu'il a recueillie lui-même. Cette observation est un exemple d'une perte totale de la mémoire des mots *substantifs* et *adjectifs* avec intégrité parfaite de la mémoire, des choses. J'ai connaissance de quelques autres cas de ce genre. On sait que le célèbre Broussonet qui mourut d'une affection du cerveau était seulement privé de la mémoire des substantifs. On sait également que le physicien Brisson, à la suite d'une apoplexie, offrait le spectacle vraiment singulier d'un homme qui avait complètement oublié la langue française et qui ne pouvait plus faire entendre que quelques mots de patois ». — Bouillaud, *Traité clinique et physiologique de l'Encéphalite*. Paris. 1825, p. 288-289.

(1) Lordat. — *Analyse de la parole pour servir à la théorie de divers cas d'alalie et paralalie* (de mutisme et d'imperfection du parler) que les nosologistes ont mal connue. — *Journal de la Société pratique* de Montpellier, T. VII et VIII, 1843 et 1844. Il convient de remarquer que dans le cours de son travail Lordat prend bien soin de distinguer l'amnésie verbale de la démence, et l'asynergie verbale de la paralysie motrice d'articulation. Dans ce qu'il appelle amnésie verbale, l'idée est intacte; dans l'asynergie verbale il n'y a pas de paralysie appréciable des muscles de la phonation. L'alalique par amnésie ne se souvient plus des mots qu'il voudrait prononcer, qu'il serait capable de prononcer s'il s'en souvenait, et qu'il prononce sans difficultés si on les lui souffle. L'alalique par asynergie verbale sait, au contraire, ce qu'il voudrait dire mais il ne peut pas le dire (bien qu'il n'ait pas de paralysie vraie des muscles de l'articulation) parce qu'il ne peut pas associer l'activité de ces muscles en vue de l'expression vocale. En définitive l'amnésie verbale consiste en une perturbation de l'évocation mentale des mots; l'asynergie verbale, en un défaut de l'incitation fonctionnelle des muscles de la phonation.

(2) « On peut donc, dit Broca, faire au moins deux hypothèses sur la nature de la faculté spéciale du langage articulé. Dans la première hypothèse ce serait une faculté supérieure et l'aphémie serait un trouble intellectuel; dans la seconde hypothèse ce serait une faculté d'un ordre beaucoup moins élevé et l'aphémie ne serait plus qu'un trouble de la locomotion. Quoique cette dernière interprétation nous paraisse beaucoup moins probable que l'autre je ne serais pourtant pas me prononcer d'une manière catégorique si j'en étais réduit aux seules lumières de l'observation clinique ». (Broca. *Société anatomique*, 1861, p. 335.)

(1) Broca. — *Bull. Soc. Anat.*, de Paris, 1863. 2e série, t. VIII, p. 169.

(2) Falret. — *Troubles du langage et de la mémoire des mots dans les affections cérébrales* (aphémie, aphasie, aboulie, amnésie verbale.) (*Archives générales de Médecine*, 1864.)

festations psychiques, il soutenait aussi que chacun de ces organes avait sa mémoire spéciale indépendante de celle des autres organes cérébraux (1). Mais le système de Gall n'avait fait dans le monde savant qu'un petit nombre d'adeptes. Combattu à la fois par les physiologistes et les cliniciens, par Cuvier, Flourens, Lelut, etc., il était déjà discrédité au moment où Trousseau, étudiant la psychologie de l'aphasie, était conduit à s'insurger contre le dogme de l'unité de la mémoire. Cependant, comme les distinctions établies par le professeur de l'Hôtel-Dieu reposaient sur des observations précises, très faciles à contrôler, elles furent adoptées par les médecins les plus compétents de l'époque : James Russel, Sanders, Hughlings-Jackson, William Ogle, Prophan, etc., lui prêtèrent l'appui de leur autorité. L'aphasie fut alors divisée en deux grandes classes :

1° *L'aphasie amnésique* (Sanders) ; *amnémonique* (William Ogle) ou *léthologique* (Prophan), correspondant à *l'alalie par amnésie verbale* de Lordat, et caractérisée par la perte de l'évocation mentale des mots ;

2° *L'aphasie ataxique* (Sanders) ; *atactique* (William Ogle) ou *aneurale* (Prophan), correspondant à *l'alalie par asynergie verbale* de Lordat, à *l'aphémie* de Broca, et résultant d'une perturbation dans les fonctions motrices, d'une perte du souvenir des associations musculaires servant à l'expression phonétique.

Et cette division fut à peu près universellement acceptée pendant vingt-cinq ans. Elle n'était cependant pas inébranlablement établie. Il lui manquait l'appui sans lequel les espèces et les variétés nosographiques sont dépourvues de stabilité, celui de l'anatomie pathologique. Les autopsies d'aphasiques se multipliaient ; quelques-unes (c'étaient les plus nombreuses) révélaient des altérations du pied de la troisième circonvolution frontale gauche et se rapportaient à des cas bien nets d'aphémie. Mais les autres, celles où les lésions siégeaient en dehors de la troisième circonvolution frontale, étaient si dissemblables qu'il était impossible de les réunir en un groupe cohérent de faits opposables à la masse toujours croissante des observations confirmatives de la loi de Broca. Si bien que des deux espèces d'aphasies admises par les cliniciens, l'une avait une localisation anatomique précise, l'autre non. De là une antinomie qui déconcertait le monde savant, et qui persista jusqu'au jour où les recherches de Wernicke, Kussmaul, Charcot, etc., vinrent ouvrir une période nouvelle à l'histoire de la psychologie et de la pathologie du langage. (*A suivre*).

(1) « La mémoire de la musique a son organe dans l'organe de la musique, la mémoire des chiffres dans l'organe du calcul, la mémoire des lieux dans l'organe du sens des localités ou des rapports des espaces, et ainsi de suite, ou, pour modifier ces expressions, la mémoire de la musique est un attribut du sens des rapports des sons, la mémoire des chiffres est un attribut du sens du calcul et la mémoire des lieux est un attribut du sens des rapports des espaces. » — (Gall, *Anatomie et Physiologie du système nerveux et du cerveau en particulier*. Paris, 1819, t. IV, p. 15.)

UN MOT SUR LE MÉDECIN DE NAPOLÉON Ier A SAINT-HELÈNE. — Le baron Antomarchi, petit-neveu du médecin de Napoléon Ier à Sainte-Hélène, vient de publier dans la *Reforme hebdomadaire*, un intéressant récit de la campagne du Cuba. M. le Dr Antomarchi était allé se fixer en 1834 à Cuba où il mourut, quatre ans après, de la fièvre jaune ; sa famille, en partie, continua d'habiter l'île où elle avait des propriétés ; elle se trouvait en pays de connaissance, au milieu d'un gros de planteurs français chassés de Saint-Domingue au moment de la révolution et à qui Cuba avait offert l'hospitalité.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La vitesse des eaux d'égouts : démonstration par les confetti.

Bien des préjugés relatifs au *tout à l'égout*, à l'*épuration par le sol* et à l'*utilisation agricole des eaux d'égout* ont disparu depuis que l'expérience de Gennevilliers est mieux connue et depuis que les mille hectares de la presqu'île d'Achères reçoivent, à leur tour et régulièrement, les eaux d'égout : 20 millions de mètres cubes durant les six derniers mois. Toutefois il en subsiste encore, et ce n'est que quand l'œuvre admirable d'assainissement entreprise par la Ville de Paris sera terminée, qu'on peut espérer les voir disparaître. Malgré toutes les améliorations réalisées dans la circulation des égouts de la grande ville, certains de nos adversaires, qui ne veulent pas en tenir compte, affirment que les égouts constituent d'immenses fosses où séjournent les matières, parce que la circulation y est si lente qu'il faut plusieurs semaines, 17 à 20 jours, pour qu'elles arrivent à l'usine de Clichy. « La *circulation très lente des matières*, dit entre autres la *France* du 5 avril, occasionne des dépôts vaseux, fermentescibles et, par conséquent, dangereux pour la santé publique. »

A l'occasion de la fête de la Mi-Carême, M. l'ingénieur Launay, qui seconde avec tant de zèle et de compétence M. Bechmann, le directeur du service de l'assainissement, a eu l'ingénieuse idée de faire constater la durée que mettraient les confetti, jetés avec tant de profusion sur les boulevards, pour parvenir à Clichy et à Achères. Le nettoyage des grands boulevards a commencé le lendemain de la fête, à 3 heures du matin. Les confetti arrivaient en abondance à l'usine de Clichy avant onze heures et à midi à Achères. Cette démonstration originale nous paraît péremptoire.

D'ailleurs un calcul bien simple conduit au même résultat. La distance entre le pont d'Austerlitz et l'usine de Clichy est de 8 kil. 500. La vitesse dans les collecteurs étant supérieure à $0^{m},50$ par seconde, cela représente pour le parcours un temps de 17.000 secondes, soit moins de *cinq* heures. Nous sommes bien loin, comme on le voit, des *dix-sept jours*.

BOURNEVILLE.

Fondations hospitalières : Legs Tarnier.

M. le Pr Tarnier, dont la vie scientifique et les qualités d'homme ont été si bien exposées par notre ami Budin dans la leçon magistrale par laquelle il a inauguré son cours, a donné, par son testament, un bel exemple à suivre par les heureux de notre profession. Voici la note qui a paru dans divers journaux :

Le Conseil municipal de Dijon vient de recevoir copie du testament du Pr Tarnier. M. Tarnier lègue divers objets au musée de Dijon, et 100.000 francs à la Ville, dont elle disposera pour une œuvre de bienfaisance, *comme elle l'entendra* ; mais il exprime le désir, sans en imposer l'obligation, que cette somme soit affectée à une fondation faite soit au profit des femmes enceintes ou en couches, soit au profit des nouveau-nés. Le Conseil municipal de Dijon a décidé de donner le nom de « legs Tarnier » à cette donation, et une rue de la ville prendra le nom de l'éminent et regretté professeur.

L'acte de fraternité sociale accompli par Tarnier se passe de commentaires. Il est digne de sa vie où il a montré combien étaient élevés et profonds ses sentiments d'humanité. Ce que nous désirons relever, c'est la façon dont il a fait ce legs, origine de la future *Fondation Tarnier*. Il n'a, en effet, imposé *aucune condition*. Il a exprimé simplement le désir que son legs de 100.000 fr., fruit de son travail et de son épargne, fût affecté à une création au profit des femmes enceintes, des femmes en couches, ou au profit des nouveau-nés, laissant au Conseil municipal de sa ville natale le soin de faire son choix. Admirablement dévoué à l'amélioration du sort des femmes enceintes, en couches, et aux nouveau-nés pendant sa vie, il a voulu l'être encore au-delà de la mort. Nos confrères, qui ont une influence considérable, et justifiée par leurs services, sur les familles, pourraient souvent intervenir utilement pour diriger vers les villes, et *sans conditions limitatrices et perpétuelles*, les générosités de leurs clients (1). B.

Le Difluordiphényl en Dermatologie (2).

C'est une poudre blanche, cristalline ayant pour poids spécifique 1,04, comme point de fusion 86°, et pour formule :

$$[C^6 H^4 Fl - C^6 H^4 Fl]$$

Non soluble dans l'eau, mais légèrement soluble dans l'alcool, l'éther, le choroforme et les huiles grasses. Odeur aromatique agréable, rappelant un peu les semences d'aneth. On l'emploie en poudre à 10 0/0 avec du talc, ou en pommade à 10 0/0 avec de l'alapurine. L'heureuse influence du médicament n'est pas due à des propriétés anti-bactériologiques, mais plutôt à une sécrétion décomposante. Dans les ulcérations vénériennes en particulier, il y eut sous l'influence du traitement, une régénération très rapide de l'épiderme.

Dr Paul Cornet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 mai. — Présidence de M. Mangin.

M. Féré a injecté dans les *chambres d'œufs de poule en incubation* de l'eau cicatinée d'une part, et de l'eau distillée d'autre part et il a constaté que les inoculations d'eau pure étaient plus toxiques pour les embryons que les premières.

M. Piard dépose une note de MM. Constantin et Rey sur les différents *microbes du fromage de Brie*. Il en est à fructification abondante, qui sont plutôt nuisibles et altèrent la pâte; d'autres sans fructification facilitent au contraire la fermentation et peuvent être employés industriellement avec succès.

M. Hédou a constaté que le *sucre urinaire des diabétiques* présente des caractères différents de ceux du sucre du sang. Il en conclut que le rein exerce une action particulière sur le ferment du suere du sang.

MM. Fernand Bezançon et Labbé ont étudié sur les ganglions lymphatiques les *effets comparés du bacille et de la toxine diphtéritiques*. Ils ont eonstaté que dans l'infeetion par le bacille les signes d'inflammation, congestion vasculaire, diapédèse, multiplications cellulaires, prédominent, tandis que dans l'intoxication on observe surtout la nécrose des cellules. Si l'animal a été soumis préventivement à l'injection de sérum antidiphtéritique, le ganglion intoxiqué ne se nécrose pas, mais il réagit par inflammation comme un ganglion infecté.

M. Gilbert a étudié avec M. Galbrun *l'action antiseptique du benzo-naphtol sur l'intestin*. Sur un adulte soumis à un régime régulier les doses de 2 à 4 grammes du produit amenaient une diminution de moitié dans le nombre des microbes contenus dans les fèces.

MM. Langlois et Camus ont constaté que l'*extrait de capsule surrénale* se détruisait rapidement dans le foie, et beaucoup moins vite dans le sang. Dans ce dernier cas ils attribuent cette destruction non au liquide sanguin lui-même, mais à l'épithélium vasculaire.

M. Arrous adresse une note sur les *effets toxiques contraires des injections intra-craniennes de glucose*, de sucre interverti ou de levulose. A. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 avril 1898. — Présidence de M. Sevestre.

La diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades.

M. Sevestre fait une communication sur les cas de diphtérie observés dans son service. Le tubage a donné des résultats bien supérieurs à la trachéotomie. M. Sevestre attribue l'excellence de ces résultats à la possibilité de donner des bains aux enfants tubés, ce que l'on ne peut se permettre à la suite de la trachéotomie.

Action thérapeutique des alcalins.

M. Hayem fait remarquer que les alcalins ont des influences diverses. Chez certains hyperpeptiques, l'usage prolongé des alcalins fait souvent persister l'hyperpepsie. Dans certains cas, l'usage prolongé des alcalins produit une hyperpepsie particulière avec excès d'acide chlorhydrique libre. En règle générale, les alcalins augmentent le degré du type chimique du suc gastrique. L'hypopepsie est donc aussi assez fréquemment augmentée par l'usage des alcalins.

M. Mathieu est, comme M. Hayem, persuadé qu'il ne faut pas prolonger l'administration des alcalins chez les grands hyperchlorhydriques et qu'il ne faut pas en donner chez certains hypopeptiques, mais il pense qu'on ne doit pas abandonner en thérapeutique leur usage. Des doses modérées d'alcalins dans l'hyperchlorhydrie permettent de calmer les crises et d'arriver rapidement à traiter le malade par un régime approprié. Chez les hypochlorhydriques, M. Mathieu croit pouvoir donner les alcalins à doses assez faibles sans déterminer d'exagération du type chimique de leur suc gastrique.

M. Hayem ne veut pas discuter aujourd'hui l'aetion thérapeutique des alcalins, mais son sentiment est que les alcalins dont on a abusé jadis ont fait beaucoup de mal, qu'on les emploie moins aujourd'hui mais encore trop, et qu'il arrivera un moment où on ne les emploiera plus.

M. Hayem fait remarquer qu'il y a deux sortes d'hyperpepsie : dans l'une, l'acide chlorhydrique libre est très augmenté et le chlore combiné l'est peu; dans l'autre, c'est le chlore combiné qui prime et l'acide chlorhydrique libre qui est peu augmenté. Cette dernière hyperpepsie est la plus fréquente, c'est elle qui est due à l'usage des épices, au tabac, à la surcharge alimentaire. L'abus des alcalins, selon M. Hayem, transforme la dernière sorte d'hyperpepsie en la première sorte où l'acide chlorhydrique libre est en excès. J. N.

Séance du 6 mai 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Le contage de la rougeole.

M. Lemoine (du Val-de-Grâce) rappelle que l'on considère la rougeole pendant la période de convalescence comme peu contagieuse. Il signale un certain nombre de cas de contagion, bien établie, chez des soldats en convalescence de scarlatine depuis 35 jours à l'hôpital. Ces soldats furent mis dans la

(1) Voir *Progrès méd.*, 1897, t. VI, p. 454.
(2) *Dermat. Zeitschr.* Bd. IV, Hf. 15.

même salle que plusieurs morbilleux convalescents et furent atteints de rougeole. Il est à noter que depuis longtemps l'on n'avait pas eu de cas de rougeole à soigner à l'hôpital. M. Lemoine pense que l'on devrait prendre pour la rougeole les mêmes mesures de désinfection que pour les autres maladies infectieuses.

Lipomatose symétrique.

M. JEANSELME présente un malade atteint de lipomatose symétrique. Les masses graisseuses siègent sous le menton, donnant l'aspect proconsulaire au visage du malade, au niveau des seins, à la nuque, aux lombes. Ce malade n'est pas syphilitique, mais est alcoolique.

Troubles spasmodiques de la parole.

M. JACQUET présente un malade bègue qui, au moment où il veut parler, a un spasme des muscles respiratoires, puis de l'œsophage et du pharynx; le spasme s'étend ensuite à la langue et aux mouvements des lèvres. Il chante aisément, parle facilement quand il court ou quand il est légèrement ivre. Ce malade est un dégénéré, son frère parle difficilement comme lui.

M. RENDU fait remarquer que le malade a de la peine à se mettre en train pour parler, mais qu'il n'a pas les troubles de la parole qui constituent le bégaiement, du moins à l'heure actuelle.

M. JACQUET a observé le bégaiement typique chez ce malade, il y a quelque temps. Il se demande si les troubles de la parole ne tiennent pas à deux traumatismes violents du crâne qui atteignirent le malade dans sa première enfance. Les parents de ce bègue sont nettement alcooliques, quant à lui il est généralement sobre.

M. JACQUET présente un malade atteint de *névralgie faciale* qui paraît résulter de l'administration d'iodure de potassium. Ce malade, sous l'influence de l'iodure, a déjà eu à deux reprises différentes de la paralysie faciale.

Arthrite à pneumocoque.

MM. WIDAL et LESNÉE communiquent l'observation d'un homme atteint d'arthrite sterno-claviculaire d'origine pneumococcique comme l'a démontré l'examen de deux gouttes de pus retirées de l'articulation enflammée. Le malade fut pris brusquement de fièvre et de tuméfaction articulaire. La fièvre ne tarda pas à s'atténuer. Il guérit spontanément après quelques semaines et une rechute passagère. Cette arthrite à pneumocoque s'est localisée à l'articulation sterno-claviculaire vraisemblablement parce que cette articulation avait déjà été atteinte de rhumatisme.

Phlébite goutteuse du scrotum.

M. LEGENDRE a donné ses soins à un israélite qui, sans cause apparente autre que l'émotion intense que provoquèrent chez lui les événements du procès de M. Zola, fut pris de douleur à la racine du scrotum. Ce malade est goutteux depuis l'âge de 26 ans, il fut atteint antérieurement de coliques hépatiques et néphrétiques, de congestion pulmonaire, de névralgies du trijumeau, de paralysies des nerfs moteurs de l'œil, etc. Toutes ces affections se terminèrent par des accès de goutte. Il a présenté à une autre époque de la néphrite calculeuse. C'est en se basant sur tous ces antécédents que M. Legendre fit le diagnostic de phlébite goutteuse. Deux chirurgiens appelés portèrent des diagnostics différents et conclurent à la nécessité d'une opération; l'un prétendant qu'il existait une cowpérite, l'autre un fibrôme périnéal inséré sur le corps caverneux. Sur ces entrefaites survint une crise de goutte qui amena la disparition très rapide de la tuméfaction. M. Legendre considère cette phlébite comme une périphlébite sans coagulation dans l'intérieur de la veine, étant donnée la résolution rapide de la tuméfaction.

M. SEVESTRE cite un cas analogue de phlébite rhumatismale attribuée par un chirurgien à la compression d'un fibrôme utérin. Cette phlébite disparut brusquement huit jours après par l'apparition d'une nouvelle phlébite au niveau du bras.

M. RENDU a soigné une dame qui a été atteinte huit fois de phlébite goutteuse.

M. DUMONTPALLIER fait quelques réflexions au sujet du malade de M. Legendre et du traitement de la goutte en général. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 mai 1898. — PRÉSIDENCE DE M. BERGER.

Traitement chirurgical du ptosis par greffe tarsienne du droit supérieur.

M. MOTET (d'Angers), lit une communication sur le *traitement opératoire* du ptosis par un procédé permettant d'associer l'action du droit supérieur à celle du releveur de la paupière. Il rapporte deux cas où le résultat obtenu a été très bon. Le procédé consiste à suturer et à greffer le droit supérieur au cartilage tarse.

Extirpation d'un gros polype naso-pharyngien par la voie nasale.

M. DELIS rapporte un cas de tumeur polypeuse du pharynx causant une obstruction nasale. Le polype s'insérait à droite par un pédicule. La tumeur fut abordée par la voie nasale. Après résection du cornet inférieur, un bistouri glissé contre la cloison va jusqu'au fond du pharynx sectionner le pédicule. La guérison fut complète. Ce cas est à ajouter aux cas rapportés par Doyen, qui préconise l'ablation des gros polypes par les voies naturelles.

Uro-hématonéphrose traitée par la néphrotomie.

M. TUFFIER rappelle une très intéressante observation de M. Loisan. Un jeune soldat de 22 ans, soigné au Val-de-Grâce pour bronchite aiguë, porte dans le flanc droit une grosse tumeur, indolente, qu'on trouve par hasard à l'examen du malade. On pense à un kyste hydatique, mais une ponction retire 50 grammes d'un liquide brunâtre, qu'on reconnaît être de l'urine. Cette ponction est suivie d'accidents très graves de péritonisme, dus, sans doute, au passage d'une partie du liquide dans le péritoine, car la tumeur a beaucoup diminué. Jusque-là, il n'y a jamais eu de troubles urinaires. Mais un jour, les urines émises sont brunes. La néphrotomie pratiquée par la voie transpéritonéale donne issue à trois litres du même liquide. La néphrectomie lombaire fut pratiquée plus tard pour extirper la poche, qui n'était autre que le rein lui-même, réduit à une coque fibreuse avec plaques calcaires. Il s'agit donc bien d'une uro-hématonéphrose. Quelle est la cause de ces lésions? L'épanchement sanguin dans ces cas a une pathogénie complexe. Souvent c'est une tumeur du bassinet qui oblitérant l'uretère, distend le rein; si elle vient à saigner, le sang ne pouvant être évacué, séjourne dans la poche, se mêlant au liquide. Ici, il faut admettre l'existence d'une hydronéphrose congénitale où le sang s'est épanché plus tard sous une influence inconnue. Cette hydronéphrose, jusque-là fermée, est devenue ouverte après la ponction. Quant à la conduite à tenir, M. Tuffier pense qu'il vaut mieux faire la ponction et la néphrotomie par la voie lombaire.

M. BAZY s'est trouvé en présence d'un cas analogue. Le sang d'après lui, provient de la poche elle-même, dont les vaisseaux très fragiles saignent sous l'influence de la distension. Pareilles hémorragies se produisent dans la vessie au cas de rétention d'urine par simple distension.

Suppurations pelviennes à double foyer.

M. MONOD insiste sur les différences d'aspect clinique des collections pelviennes au point de vue de leur traitement par l'incision du cul-de-sac vaginal. A côte de poches fluctuantes nettement saillantes dans le vagin, se présentant d'elles-mêmes au bistouri, il en est d'autres assez éloignées du vagin, qui a conservé sa souplesse, et plus difficiles à atteindre. La coexistence de deux poches, l'une péritonéale, périannexielle, l'autre annexielle (salpingite ou ovarite) est fréquente, et M. Monod produit des arguments tirés de plusieurs sources. A l'autopsie il a pu faire le contrôle anatomique de deux poches distinctes. Comme preuves cliniques, il cite le cas d'une femme, chez qui une première poche fut ouverte par le vagin, mais il en restait une seconde, constituée par un pyosalpinx, comme le démontra la laparotomie faite plus tard.

Enfin dans d'autres cas, l'incision du cul-de-sac donne issue, dans un premier temps, à un liquide séreux, et dans un second temps à du pus. Ces différences de liquides tiennent évidemment à l'existence de deux poches distinctes. M. Monod rapporte 25 observations où existait la coexistence de deux poches, l'une annexielle, l'autre périannexielle. Dans 4 cas, la poche péritonéale contenait un liquide séreux. Cette poche est la première qui se présente; mais pour faire une opération complète, il faut aller au foyer annexiel, parfois difficile à atteindre. L'incision vaginale, très efficace dans les collections unilatérales, est insuffisante quand les lésions sont bilatérales et à plus forte raison quand l'utérus est emprisonné dans des adhérences. Il faut alors recourir à l'hystérectomie.

M. Routier reconnaît aussi les bons effets de l'incision vaginale même quand on a en vue une hystérectomie ultérieure. Car l'hystérectomie vaginale d'emblée dans les suppurations pelviennes est loin de donner toutes les satisfactions désirables.

Sérothérapie dans le tétanos.

M. Quénu présente un malade qui a été atteint de tétanos après plaie du pied par écrasement. On dut lui amputer la jambe. On lui injecta aussi du sérum antitétanique. Il est dès lors difficile de savoir auquel de ces moyens attribuer la guérison. Les contractures peuvent persister longtemps après la guérison du tétanos.

MM. Schwartz, Poirier ont aussi vu des contractures persister longtemps après le tétanos.

M. Quénu distingue parmi ces contractures post-tétaniques celles qui sont passagères et celles qui sont durables. Ces deux ordres de faits doivent se rattacher à des degrés divers de lésions dans les cellules nerveuses, où l'examen révèle un processus actif de chromatolyse.

M. Potherat reconnaît que le sérum agit comme prophylactique, mais non comme curatif du tétanos.

Doigt à ressort.

M. Poirier montre un doigt à ressort nettement dû à des altérations articulaires. Les nodosités tendineuses, si souvent invoquées, sont en réalité très rares. P. Rellay.

Séance du 11 mai. — Présidence de M. Berger.

Traitement du tétanos.

M. Monod rapporte le cas d'une femme qui, atteinte de tétanos traumatique malgré l'emploi du sérum à titre préventif, subit l'amputation et guérit. Dans ce cas, l'injection faite en temps opportun a été inefficace. Mais peut être a-t-elle contribué avec l'opération à guérir le tétanos déclaré. L'injection préventive est toujours utile. Il résulte des expériences de Nocard que l'amputation faite sur les animaux inoculés n'a jamais empêché le tétanos de se déclarer.

M. Berger, fidèle à l'idée qu'il a toujours exprimée, pense que l'amputation agit en supprimant un foyer, source de toxines, mais reste inefficace contre l'intoxication déjà effectuée.

M. Quénu est aussi de ce cet avis. L'amputation a un rôle très utile, car il est reconnu que les plaies, qui sont l'origine du tétanos, sont impossibles à désinfecter.

Suite de la discussion sur les psychoses opératoires.

M. Ollier élargit le cadre de ces psychoses, en y faisant rentrer les troubles mentaux (lypémanie, terreur) causés par la crainte de l'opération et constituant parfois de vraies psychoses anté-opératoires. Ces accidents s'observaient beaucoup avant l'emploi de l'anesthésie. Quant aux psychoses post-opératoires, il faut distinguer celles qui tiennent à une intoxication, et celles qui tiennent à l'opération ou à l'opéré. En ce qui concerne les psychoses toxiques, causées par l'anesthésique, M. Ollier a remarqué que le chloroforme est plus souvent en cause que l'éther dans leur production. Témoin le cas d'une femme qui opérée une première fois au chloroforme présenta des accidents cérébraux intenses, qui ne reparurent pas après une seconde opération faite à l'éther. Les opérations portant sur le système génital prédisposent plus que toutes autres à ces accidents. Les psychoses ne sont pas rares non plus chez des vieillards opérés de cataracte qui, sous l'influence de causes morales, déprimantes, présentent de la démence et meurent dans le marasme.

M. Le Dentu rappelle qu'en 1890 il a fait une leçon clinique sur le sujet des psychoses opératoires. Cette étude basée sur un grand nombre de cas alors connus (68 observations étrangères et 12 personnelles) montre d'une façon manifeste la corrélation qui existe entre les opérations portant sur le système génital et les psychoses, puisque sur 68 cas étrangers, il y avait 38 opérations gynécologiques et sur les 12 cas de l'auteur, 6 opérations gynécologiques. Si les causes des psychoses sont multiples, leurs formes cliniques sont peu variées et se résument en deux modes délirants : un délire d'excitation et un délire de dépression. Il n'y a pas lieu de faire une classe à part pour les faux délires (toxique, infectieux, urotoxique). La prédisposition joue un grand rôle dans leur production. Les délires de cause cérébrale présentent à étudier : le délire maniaque, expression d'une maladie jusque-là latente; le délire hystérique, à manifestations bruyantes comme les grands accidents de la névrose; le délire sénile voisin de la démence, dû à des troubles d'irrigation du cerveau. Il est souvent impossible d'expliquer ces cas par l'existence d'une tare antérieure et le rôle de la prédisposition n'est pas toujours prouvé.

M. Gérard-Marchant pense que les émotions morales, causées par le changement d'habitudes, suffisent pour provoquer des troubles cérébraux qui disparaissent lorsque l'opéré est rendu à la vie ordinaire; il s'agit là d'un dérangement intellectuel momentané, qui s'observe surtout chez les vieilles gens de la campagne. Certaines opérations, telles que l'ablation du sein, considérée par certaines femmes jeunes et mondaines, comme une mutilation, provoquent chez l'opérée un état de mélancolie plus ou moins persistant. Les interventions portant sur le cerveau peuvent produire des troubles mentaux. Un malade, chez qui M. Gérard-Marchant fit la résection du ganglion de Gasser, a présenté un délire passager, dû sans doute au traumatisme cérébral causé par l'opération. Il est enfin une catégorie des malades, prédisposés à l'aliénation par une tare quelconque, qu'il est prudent de ne pas opérer. C'est le cas de certains faux urinaires, neurasthéniques, qui réclament à tout prix d'être opérés; c'est le cas de certains sujets atteints de varicocèle, ou de névropathes souffrant de troubles utérins ou urinaires. Une femme présente le syndrome suivant : rein mobile, prolapsus utérin, dilatation stomacale. On lui fait la néphropexie sur ses sollicitations. Dans le courant de la nuit, elle est prise d'agitation et du sang s'écoule de sa bouche en abondance : elle s'était coupé la langue entièrement. Tous ces sujets sont des aliénés en puissance, il faut se mettre en garde. On peut se demander d'autre part si la folie peut être guérie par une opération? Dans tous les cas rapportés, qui ont été suivis d'amélioration de l'état mental, il s'agirait de simples rémissions.

Corps étrangers des voies aériennes chez l'enfant.

M. Félizet rapporte plusieurs cas où, après la crise de suffocation qui marque le début de l'accident, une accalmie s'était produite, et où l'enfant mourait quelques jours plus tard. Un enfant de 5 ans, qui avait avalé un noyau de pruneau, présente des crises d'asphyxie et meurt au quatorzième jour malgré la trachéotomie et tous les moyens employés. A l'autopsie, le poumon gauche est hépatisé et on retrouve le noyau dans la bronche gauche. Le passage de corps étrangers chez l'enfant est un accident très grave, à cause du spasme de la glotte qui provoque souvent la mort.

M. Tuffier signale la gravité des corps étrangers dans les bronches, car on n'a aucune prise sur eux et ils provoquent des abcès du poumon. Il ne faut donc pas croire que le passage d'un corps étranger de la trachée dans une bronche soit inoffensif.

Présentation de malade.

M. Tuffier présente un enfant, qu'il a opéré d'une exstrophie de la vessie, en abouchant le trigone vésical dans l'S iliaque.

P. Rellay.

Une centenaire. — Il vient de mourir à Belmont (Loire), une centenaire nommée Maguerite Chemin, âgée de cent quatorze ans. Elle était née à Cours (Rhone), le 9 février 1784, et habitait Belmont depuis quatre-vingt-deux ans. Elle était restée célibataire.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 11 mai 1898. — PRÉSIDENCE DE M. PORTE.

Complications de la rougeole et hospitalisation.

M. BARBIER présente à la Société un ouvrage intitulé : *Les complications de la rougeole.* Dans ce travail, il conclut aux dangers de l'hospitalisation actuelle de la rougeole, qui, telle qu'elle s'opère, favorise le développement des complications de cette maladie et partant, en exagère singulièrement la gravité. Il est démontré que les bactéries qui paraissent être causes des complications de la rougeole, comme les streptocoques, deviennent de plus en plus septiques en passant, par le fait de la contagion, d'un individu à un autre.

Le suc gastrique de chien dans le traitement des dyspepsies par insuffisance.

M. BARDET. — Dans une précédente communication, M. Frémont a affirmé que l'emploi du suc gastrique permettait de faire digérer les hypochlorhydriques et cela sans qu'il soit nécessaire d'instituer un régime spécial. Il est évident que le suc gastrique est un excellent peptonisant et que son introduction dans un estomac sans sécrétion permettra la digestion de l'albumine, d'où rétablissement et engraissement du sujet. Mais est-il nécessaire d'avoir recours à tel médicament, jusqu'ici difficile sinon impossible à se procurer? Certainement non. La pepsine rendra les mêmes services à condition de faire usage d'une pepsine active et de prescrire par conséquent : pepsine en paillettes de titre 100. La dose devra être d'au moins un gramme et l'on devra administrer en même temps la solution chlorhydrique. Dans ces conditions, la digestion sera assurée tout aussi facilement. Quant à pouvoir soutenir que le régime est inutile, cela semble singulièrement exagéré. La vérité est que tout régime ne doit être maintenu que pendant le temps strictement nécessaire pour permettre le retour à une alimentation plus normale. Quand les troubles dus à la stase ont cessé, quand les fermentations anormales ont cessé, mais alors seulement, il sera possible d'essayer avec le secours de la pepsine une alimentation normale. Si, dans l'emploi du suc gastrique, la fonction a pu se rétablir, c'est parce que grâce au régime préalablement suivi par le malade, mais maintenu trop longtemps, l'estomac s'était reposé ; il n'y a pas là un résultat qui puisse être, à bon droit, mis à l'actif du médicament.

M. FRÉMONT répond que M. Legendre a, selon ses indications, donné avec succès du suc gastrique à une dyspeptique. Elle fut rapidement améliorée; le suc gastrique naturel venant à manquer, il fut remplacé par du suc gastrique artificiel qui ne donna pas lieu aux mêmes résultats satisfaisants. M. Bardet aurait tort de croire qu'il ne soumettait ses malades à aucun régime; mais au point de vue du régime, il n'a rien de nouveau à indiquer.

M. PETIT croit que de la discussion présente, il ressort que l'acide chlorhydrique n'est pas le seul élément important du suc gastrique, que la pepsine joue son rôle dans la digestion gastrique. La pharmacie peut actuellement mettre à la disposition des médecins la pepsine avec un degré d'activité connu, et il est probable qu'on pourrait remplacer le suc gastrique naturel de M. Frémont par un suc artificiel aussi actif.

M. BARDET trouve que, dans cette discussion, on ne tient pas assez compte au rôle de l'intestin qui est au moins aussi important que celui de l'estomac dans les dyspepsies.

M. MATHIEU est persuadé que, si l'estomac a sa motricité normale, la sécrétion du suc gastrique se met en rapport avec le degré d'acidité du bol alimentaire.

M. BILHAUT croit qu'en dehors de l'action chimique du suc gastrique il se produit une action sédative. Il cite deux observations dont une survenue dans le service de M. Tillaux, en 1870, où une injection hypodermique de suc gastrique amena une sédation énergique de crises gastralgiques.

M. CHASSEVANT pense que dans le suc gastrique naturel il y a autre chose que l'acide et la pepsine qui peut expliquer l'action particulière qu'a remarquée M. Frémont. J. N.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 27 avril 1898. — PRÉSIDENCE DE M. BARTAUMIEUX.

M. LIAIS présente de *nouvelles fermetures de boîtes à conserves* ; la fermeture repose sur l'action de la pression atmosphérique; pour les ouvrir il suffit de pratiquer une légère ouverture et de laisser rentrer l'air.

M. BOULOUMIÉ. — *Note sur la désinfection des écoles après la tenue des réunions publiques.* — Ces écoles ont été contaminées par les individus qui sont venus à la réunion publique, bien que une demi-heure avant l'ouverture de la classe on procède au balayage et à l'aération du local : au point de vue de la tuberculose, par exemple, on comprend le danger de ces contaminations des locaux. On met ainsi les enfants dans de mauvaises conditions. La Ville de Paris a pris l'habitude de faire désinfecter les locaux après la réunion, avant que les enfants ne rentrent dans ces locaux. Il serait bon qu'en province ces désinfections se fassent également.

M. BARTAUMIEUX demande si on a pu faire des statistiques sur les maladies qui ont frappé les enfants à la suite des réunions publiques.

M. THIERRY. — Ces recherches n'ont pu être faites à Paris.

M. DROUINEAU. — En province on se sert fort rarement des écoles pour les réunions publiques.

M. NAPIAS insiste également sur la désinfection des locaux à la suite de ces réunions. MARTHA.

CONGRES D'OPHTALMOLOGIE

Session de mai 1898

Cyclite infectieuse dans l'influenza.

M. DIANOUX (de Nantes). — J'ai observé six malades atteints de cyclite. L'affection oculaire débute brusquement. Injection périkératique vive ; élévation de la tension intra-oculaire, hypopion. Iris indemne, ainsi que choroïde et corps vitré. Dans tous les cas, la guérison a eu lieu. Dans deux cas seulement, l'affection fut bilatérale.

Quelques remarques sur la technique opératoire de l'énucléation.

M. MEYER (de Paris). — L'auteur s'attache à conserver intactes les adhérences de la conjonctive et de la surface des muscles. Pour pénétrer cependant avec le crochet, il incise la conjonctive *à côté* de l'insertion musculaire. Pour ménager également les adhérences entre les muscles et la capsule, il soulève le tendon et *rase la surface de la sclérotique.* On devra également appliquer *exclusivement quelques sutures séparées dans le sens vertical.* Pour éviter l'enfoncement de la paupière supérieure, il faut ne rien perdre de la conjonctive et détacher cette membrane aussi près que possible du bord de la cornée.

Epithélioma volumineux de la conjonctive bulbaire.

M. KOPFF. — Il s'agit d'un homme de soixante-treize ans qui s'est présenté à la consultation de l'hôpital Saint-Joseph en août 1897, porteur d'une tumeur volumineuse de l'œil gauche, dont le début remonte au mois de mars 1897, consécutivement a une contusion de la région orbitaire. Elle fait une large saillie entre les paupières et présente, dans cette portion extra-palpébrale, l'aspect d'un gros marron de trois centimètres d'épaisseur et de six centimètres dans son diamètre transversal, sur cinq dans le diamètre vertical. Les paupières sont fortement refoulées dans tous les sens par cette masse néoplasique qu'elles étranglent dans une bride serrée.

La portion intra-palpébrale de la tumeur présente une large base d'implantation et recouvre l'hémisphère antérieur de l'œil, dont l'hémisphère postérieur apparaît comme perdu dans la gangue néoplasique. La surface du néoplasme est bosselée, irrégulière, sanieuse et saignante. Le moindre attouchement provoque un écoulement sanguin abondant. Il n'y a pas de retentissement ganglionaire préauriculaire. La paupière inférieure est envahie par le processus dans son angle interne. La caroncule est également prise et, sur le nez, on voit deux points verruqueux de même aspect que la tumeur. M. Kopff

pratique l'énucléation. Il fait d'abord la canthotomie pour se donner du jour, puis l'ablation de la masse néoplasique et de l'hémisphère antérieur de l'œil, puis, dans un second temps, l'ablation de la portion postérieure et des fragments néoplasiques qui s'y trouvent accolés. Les points envahis de la caroncule, de la paupière inférieure et du nez sont profondément cautérisés au thermo-cautère. La cicatrisation se fait normalement, en une quinzaine, et le malade retourne dans son pays avec une cavité normale.

L'examen microscopique, fait après l'énucléation, permet de constater l'intégrité absolue du globe oculaire. La cornée elle-même a résisté à l'envahissement et son épithélium antérieur est simplement aplati par la compression exercée par les éléments néoplasiques. Il s'agit d'un épithélioma lobulé et tumulé qui a pris naissance aux dépens de la conjonctive bulbaire et notamment de la couche des cellules basales. L'épithélium de la cornée ne présente que des lésions atrophiques provenant de la compression exercée par le néoplasme. Le reste de son tissu, ainsi que celui de la conjonctive, ne présente que des lésions irritatives.

Sur l'avancement répété dans la cure du strabisme.

M. VIGNES (de Paris). — Dans les cas de strabisme réellement curables, c'est-à-dire dans lesquels les conditions de réfraction et d'acuité visuelle sont telles que l'on est en droit d'espérer le rétablissement de la vision binoculaire, l'avancement musculaire sans recul de l'antagoniste est le traitement chirurgical de choix, ainsi que j'ai déjà essayé de le démontrer (in *Bulletin de la Société d'Ophtalmologie de Paris*, 1896). Malheureusement l'avancement musculaire détermine seulement un redressement d'au plus 15° ; et 20°, si l'on comprend dans l'anse des fils conjonctive, capsule et muscle. Chez les strabiques plus élevés, la méthode est encore applicable, en répartissant la correction sur les deux yeux. Mais cette façon d'agir, en déplaçant le champ de regard de l'œil non dévié, détermine parfois une rotation compensatrice de la tête. On peut aussi, par des avancements successifs, arriver à corriger monoculairement des déviations de 25° et même de 30°. Ici, la précaution à prendre est de restreindre au minimum la nappe de tissu cicatriciel dans la ou les premières interventions, de manière à réserver pour la dernière un emplacement résistant aux sutures. Dans la première intervention, il est donc nécessaire, après la résection de la tête du muscle, de faire passer les sutures strictement sur la lèvre de l'incision conjonctivale, tout en prenant le muscle très en arrière. Dans la dernière opération, on pique, au contraire, les aiguilles à travers conjonctive et muscle aussi loin que le permet l'ouverture palpébrale.

Du traitement sous-conjonctival de l'episclérite par l'électrolyse.

M. A. TERSON (de Paris). — Le traitement général reste toujours indiqué dans l'épisclérite à un ou plusieurs boutons, mais il faut bien reconnaître que la guérison qu'il entraîne est fort lente et qu'il échoue quelquefois complètement. Il faut donc lui adjoindre un traitement local : les pointes de feu et les injections sous-conjonctivales antiseptiques ont donné des succès, mais elles sont aussi quelquefois infidèles. Dans les cas d'insuccès (à part le curage qu'il faudra réserver pour des cas tout à fait exceptionnels et faire avec une très petite incision pour éviter une attraction cicatricielle de la conjonctive), on devra en venir à l'électrolyse que M. A. Terson a préconisé déjà dans ces cas. M. Terson rapporte de nouveaux cas, où la guérison du point touché a été obtenue par l'électrolyse négative (2 à 3 milliampères pendant 1 minute au plus) : ce traitement a un effet local très efficace, mais il n'empêche naturellement pas l'apparition ou la récidive de l'épisclérite sur un autre point de la sclérotique.

Sérothérapie dans certaines iritis rhumatismales.

M. BOUCHERON. — J'ai indiqué, l'année dernière, que j'avais découvert les propriétés antirhumatismales du sérum antistreptococcique, en soignant, par ce sérum, une malade atteinte de rhinite à streptocoques, laquelle malade avait guéri en même temps d'un rhumatisme articulaire subaigu. La grande fréquence des rhumatismes subaigus ou chroniques m'avait permis de vérifier sur plus de 50 sujets (Soc. Biologie, 1897) que le sérum de Marmorek jouit bien d'une action antirhumatismale sur un grand nombre de ces rhumatismes subaigus, et aussi dans un certain nombre d'iritis rhumatismales. L'iritis rhumatismale ne se montrant presque jamais dans le cours du rhumatisme articulaire aigu ne dépend pas, en effet, de l'infection spéciale du rhumatisme aigu. L'iritis, quoique souvent fort douloureuse, fait le plus souvent partie du groupe des affections rhumatismales subaiguës, et vraisemblablement est sous la dépendance des mêmes infections que le rhumatisme subaigu.

Le rhumatisme subaigu ou chronique, d'après les travaux de MM. Bouchard, Charrin, etc., comporte (mis à part le terrain, la prédisposition, etc.), au nombre de ses agents principaux, les infections par nos parasites habituels et leurs toxines, streptocoques, staphylocoques, coli-bacilles, pneumocoques, gonocoques. M. Charrin rappelait récemment à la Société de Biologie qu'il s'était assuré personnellement, à nouveau, de l'existence de ces parasites dans les tissus articulaires ou péri-articulaires. M. Triboulet, dans un excellent travail sur la pathogénie des rhumatismes chroniques par infection (*Revue de Médecine*, 1898), adopte les idées directrices de Bouchard et Charrin et se prononce pour les essais de sérothérapie antirhumatismale que j'ai inaugurée en 1896-1897.

Quoi qu'il en soit de ces idées théoriques provisoires et de ces hypothèses pathogéniques, et pour m'en tenir aux faits seulement, je ne crois pas dépasser les limites de la prudence, en disant que le sérum antistreptococcique n'est pas sans valeur dans la cure de bon nombre d'*iritis rhumatismales aiguës*.

Pour préciser davantage, je crois pouvoir avancer que le sérum de Marmorek, employé à doses minimes et répétées (un demi-centimètre cube quotidiennement, d'abord, puis un centimètre cube ou davantage) semble arrêter le processus rhumatismal irien, après l'une des trois à six poussées successives, qui constituent l'ensemble de ce que nous appelons l'iritis rhumatismale aiguë. Dans les cas d'*iritis aiguës récentes* que j'ai soumises à la sérothérapie pendant la première poussée inflammatoire, j'ai constaté que le processus s'est arrêté chaque fois, après cette première poussée (sauf dans un cas, où il se produisit une seconde poussée inflammatoire). Le sérum paraît aussi, dans quelques cas, diminuer la durée des douleurs, de l'hypertonie ; mais c'est là un point discutable, je n'insisterai pas. (Dans un cas où le patient avait eu déjà deux rechutes identiques, — augment 4 jours, défervescence 4 jours — le sérum fut employé dans une troisième rechute à la fin du premier jour, la phase d'augment fut arrêtée en 12 heures.) Dans les iritis *rhumatismales chroniques et anciennes* avec synéchies organisées, avec sclérose ou atrophie irienne, la norme de l'évolution cyclique fait défaut, et l'influence d'un agent thérapeutique, quel qu'il soit, est moins démonstrative. Il m'a paru toutefois que dans ces cas anciens, avec complication de cyclite, corps flottants du vitreum, etc., fort rebelles d'ailleurs, la sérothérapie n'est pas sans puissance, en prolongeant l'emploi du sérum. Plus particulièrement, les récidives ultérieures ont paru plus éloignées et plus légères. Dans les cas d'*iritis* aiguës ou chroniques, *à répétitions*, j'ai observé une certaine amélioration de la fonction visuelle, par suite de la résorption plus rapide des exsudats, par cessation des rhumatismes du muscle ciliaire ou autrement, — ce point est réservé pour plus tard.

Le sérum antistreptococcique agit non seulement comme spécifique, contre les streptocoques (sensibles à ce sérum) ; mais aussi comme sérum indifférent. Il détermine, à faibles doses, un stimulus du système nerveux (avec les fortes doses, il épuise parfois et déprime). C'est un tonique remarquable.

Quelques manifestations orbitaires des sinusites.

M. F. DE LAPERSONNE. — La fréquence et la gravité des manifestations orbitaires des sinusites de la face sont aujourd'hui bien connues, mais en raison des difficultés parfois assez grandes d'interprétation, on ne doit négliger aucun des faits qui se présentent à notre observation. Aussi M. le Pr de Lapersonne met en lumière quelques points qui diffèrent des

descriptions données jusqu'ici et qui ont leur importance au point de vue du diagnostic et des indications du traitement. De ses observations il tire les conclusions suivantes. Pour la sinusite frontale : 1° la possibilité de douleurs intermittentes simulant des névralgies faciales et ayant un retentissement très remarqué sur les nerfs ciliaires ; 2° l'apparente gravité d'accidents aigus, produisant des abcès de l'orbite, allant jusqu'à l'élimination de séquestres volumineux, se terminant cependant par une guérison relativement facile sans fistule ; 3° au contraire la difficulté très grande d'éviter ces mêmes fistules dans les formes chroniques avec ectasie du sinus. Pour la sinusite maxillaire, il insiste sur la fréquence du retentissement de l'infection sur les autres cavités de la face, on particulier sur le sinus sphénoïdal et sur les cellules ethmoïdales. Masquées par les symptômes plus faciles à reconnaître de la sinusite maxillaire, les lésions sphénoïdales et ethmoïdales devront être recherchées avec soin dans tous les cas. Elles expliquent bien un certain nombre de complications orbitaires ou oculaires attribuées trop souvent à des actions réflexes.

Opération de la cataracte par lambeau inférieur.

M. DUFOUR (de Lausanne), a appliqué ce procédé à propos d'un malade qui portait toujours son œil en haut et qui résistait à toutes les sollicitations. Il se décida à faire l'incision en bas. L'opération fut facile, résultat parfait. Alors, encouragé, l'auteur opéra 23 cas systématiquement par kératotomie inférieure. Jamais de complications iriennes, hormis un cas accidentel. M. Dufour est persuadé que la paupière supérieure sert de voile protecteur beaucoup plus pour le segment inférieur de la cornée que pour le segment supérieur. Il y a moins de chance d'enclavement par la kératotomie inférieure. Les dangers d'infection ne sont pas plus grands. Sur 23 opérés, 17 durent marcher pour sortir de la salle d'opération et aucun accident ne se produisit.

Névrite optique et chorio-rétinite pigmentaire bilatérales, suite de fièvre pernicieuse des pays chauds.

M. ANTONELLI (de Paris). — Homme de 27 ans, pris de fièvres à Majunga, en 1895. Après le premier accès, sous forme comateuse, cécité absolue ; ensuite, amélioration ; ces derniers temps, copiopie progressive, héméralopie de plus en plus marquée. Aujourd'hui, de chaque œil il peut compter les doigts à 2 mètres environ ; cécité nocturne, champ visuel très rétréci. A l'ophtalmoscope, atrophie des papilles, qui sont en partie blanches et en partie grisâtres, vaisseaux filiformes, restes de chorio-rétinite avec pigmentation équatoriale et périphérique identiques à la rétinite pigmentaire typique.

La *mélanose palustre du fond de l'œil* peut donc, dans certains cas, épargner la papille et se manifester dans la chorio-rétinite sous la même forme qui est si souvent due à la syphilis héréditaire. Nombre d'auteurs signalent la pigmentation noirâtre ou gris-jaunâtre de la papille, dans les manifestations oculaires de la malaria : or, j'ai rencontré, il y a quelques semaines, chez un enfant hérédo-syphilitique avéré, une pigmentation à petits points très noirs, sur toute une moitié du disque optique.

SOCIÉTÉ POUR LA PROPAGATION DE L'INCINÉRATION.

Assemblée Générale du 7 mai 1898.

La 17e Assemblée Générale de la *Société pour la propagation de l'incinération* a eu lieu samedi dernier à l'Hôtel des Sociétés savantes, sous la présidence de M. Bourneville, assisté de MM. Salomon, secrétaire général, Lefebvre, ancien député, Brühl, ingénieur, etc., etc.

M. BOURNEVILLE dans un intéressant rapport donne l'état numérique des incinérations depuis 1889 : incinérations faites sur la demande des familles 1.465, dont 210 en 1897 ; incinérations des corps provenant des amphithéâtres d'anatomie, 19.362, dont 2.356 en 1897 ; incinérations d'embryons, 11.728, dont 1.631 en 1897. Le total des incinérations en 1897 a été de 4.197. Durant le premier trimestre 1898, les incinérations *sur la demande des familles* ont été de 62.

Les crémations ont continué à être opérées avec les appareils Toisoul et Fradet et Fichet. La durée varie de 31 à 67 minutes, selon l'âge.

M. Bourneville rappelle les mesures déjà réclamées par la Société pour vulgariser la crémation, pour la rendre plus accessible à tous, et fait renouveler par la Société les vœux précédemment votés par elle : 1° achèvement du crématoire du cimetière de l'Est ; — 2° abaissement de la taxe municipale pour les corps venant de la banlieue et des départements ; — 3° suppression de la taxe en ce qui concerne les indigents de Paris hospitalisés dans les hospices suburbains ; — 4° propagande.

Tous ces points ont été développés par l'orateur, qui a ensuite insisté sur la reconnaissance d'utilité publique qui a été accordée par un décret en date du 12 octobre 1897. La Société pour la propagation de l'incinération peut recevoir maintenant des dons et des legs. Les conditions sont donc devenues plus favorables pour progager nos idées. M. Bourneville fait en terminant appel à tous de façon à faire une active propagande et mettre le Comité à même de se présenter honorablement devant la section de Crémation qui ne manquera pas d'être organisée au Congrès d'hygiène de 1900.

M. SALOMON, secrétaire général, lit le compte rendu des faits accomplis dans l'année. Nous avons, dit-il, transmis au Conseil municipal de Paris le vœu par lequel la Société l'invitait à achever le monument crématoire du Père-Lachaise pour 1900. Sur la proposition de M. Grébeauval, le Conseil a inscrit sur le budget de 1898 une somme de 200.000 francs appliquée à l'achèvement du crématoire et du columbarium. Après Paris, Reims et Rouen seront des premières à pratiquer l'incinération. A Reims, c'est grâce à un legs de 50.000 francs avec affectation spéciale qu'un monument sera créé. A Rouen, le Conseil municipal a voté une première dépense de 14.000 francs et le crématoire va être prochainement terminé. Rien à signaler, dans les autres villes de France, sauf à Lyon où M. le Dr Gailleton a présenté au Conseil municipal, en décembre dernier, un projet d'installation de deux appareils à incinération discontinue dans les cimetières de la Croix-Rouge et de Loyasse. A Bordeaux un vœu semblable a été émis. M. Salomon fait remarquer que la crémation rendrait de réels services dans nos colonies.

A l'étranger, continue l'honorable secrétaire général, nous avons sans cesse à signaler d'importants progrès. *L'Allemagne* possède cinq monuments ; fin 1897, il y avait été accompli 2.700 incinérations. En *Angleterre*, la même année, 250 incinérations ont été effectuées dans les crématoires de Wolking, Manchester, Glasgow et Liverpool. Nombre de municipalités anglaises s'agitent pour obtenir l'autorisation d'établir des crématoires. En *Suisse*, 69 incinérations ont eu lieu à Zurich et le monument de Bâle a été inauguré en janvier dernier. L'*Italie* possède 25 crématoires ; les *États Unis*, 20 ; la *Suède*, 2 ; le *Danemark*, 1. Au *Japon*, à *Tokio*, la crémation se pratique de plus en plus. En *Chine*, à *Shanghaï*, la municipalité anglaise a construit un appareil semblable à celui de Manchester.

Dans les pays où l'incinération n'est pas encore autorisée, de puissants efforts sont tentés. A Vienne surtout, la campagne est menée chaleureusement. Le dernier Congrès de Moscou a adopté des résolutions très libérales en faveur de la crémation. M. Salomon, après avoir terminé cé brillant exposé, donne ensuite lecture du compte financier de la Société dont les ressources ont plus que doublé cette année.

M. Bach fait une intéressante communication sur l'utilité d'une association mutuelle pour la crémation. — M. Lefebvre complète les renseignements qu'il a donnés l'an dernier sur le jugement du tribunal civil prononcé à l'occasion de la contestation par la famille du testament de M. P. de Jouvencel. Après diverses observations de MM. Kepp, Bruhl, etc., la séance a été levée.

On voit par ce rapide exposé, que si les progrès de la crémation ne sont pas aussi rapides que nous le souhaitons, ils n'en sont pas moins incessants, et que partout on s'occupe de cette réforme si importante au point de vue de l'hygiène.

Albin ROUSSELET.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique d'analyse chimique et microbienne des eaux d'alimentation; par MM. Baucher et G. Doumergue. — Chez les auteurs, 56, place St-Charles, Paris.

Ce petit livre est l'œuvre de deux chimistes expérimentés; il est divisé en deux parties.

La première traite de l'analyse chimique et les auteurs commencent par décrire les méthodes adoptées par le Comité consultatif d'hygiène de France pour l'analyse des eaux potables. Tout d'abord ils font connaître les procédés d'analyse des éléments constituants et normaux, puis indiquent le mode de recherche des éléments accidentels et dont la présence nuit le plus souvent aux qualités de l'eau.

La deuxième partie est consacrée à l'analyse microbienne des eaux; les auteurs commencent par décrire la manière de préparer les divers milieux de culture indispensables pour ces recherches; ils indiquent la manière de faire la prise d'échantillon, les ensemencements des milieux, la recherche et la numération des bactéries. La détermination des bacilles suspects est décrite avec soin ainsi que les caractères différentiels du bacterium coli et du bacille typhique.

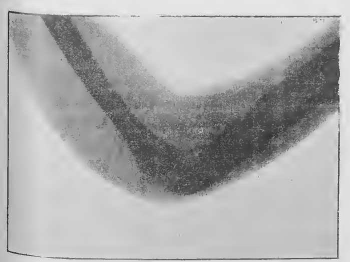
Ce livre constitue un fort bon guide et sera certainement apprécié par les praticiens. P. Yvon.

REVUE DE CHIRURGIE

III. — Traumatismes du coude. Utilité de la radiographie.

III. — Sous ce titre le Dr Bilhaut a publié (1) deux observations de traumatismes du coude, lesquelles ont donné lieu à des épreuves radiographiques, qu'il nous a semblé intéressant de reproduire.

Dans un cas il s'agit d'une contusion par chute, chez une fillette, chez laquelle persista, pendant plusieurs jours, un gonflement assez grand du coude. On crut d'abord à une



F[illegible] — L[illegible] du coude [illegible] graphie prise avant [illegible] traitement. Epreuve demi-grandeur.

entorse. L'image radiographique du membre (fig.50) montra des parties molles augmentées de volume, si l'on compare avec la fig. 51, où le même membre est représenté, trois semaines après le traitement.

(1) [illegible] de médecine de Paris et Annales de chirurgie et d'o[illegible]hopedie.



Fig. 51. — Radiographie prise trois semaines après la réduction d'une luxation du coude. — Epreuve demi-grandeur.

Les os de l'avant-bras sont reportés en arrière et se trouvent en état de luxation; de plus, il existe un mouvement de pivot qui, dans la première épreuve, fait donner à l'image de l'humé-



Fig. [illegible] — Ch[illegible] gran[illegible] d'une luxation du coude [illegible], avec [illegible] Production [illegible] périoste. Radi[illegible] 1-2 Ostéome par décollement [illegible] périoste [illegible] — 3. Ost[illegible] par décollement sous-tricipital [illegible] humérale fracturée. La [illegible] sur nerf médian, a produit la paralysie [illegible] du curé rebouteur — 5. Apophyse [illegible] — 6. Epiphyse du radius. — 7-8. Diaphyses du radius et du [illegible]. — 9. Diaphyse humérale.

rus l'apparence d'un dessin pris de trois quarts, tandis qu'en raison de la position du bras sur la plaque photographique on devrait avoir une épreuve de profil. L'apophyse coronoïde, au lieu de se trouver au-dessous et en avant de la trochlée humérale, est reculée d'avant en arrière et occupe juste la place

Fig. 53. — Luxation du coude en arrière, non réduite, avec fracture et déplacement en avant de la trochlée humérale. Cette radiographie a été prise deux années après la première (*fig.* 52.)

réservée normalement à la cavité olécrânienne. Enfin la trochlée forme une ombre sur le côté externe de l'extrémité supérieure du cubitus.

La deuxième observation a trait à un enfant de 8 ans qui aurait fait une chute sur le coude ou la main, et aurait d'abord été soigné par le curé de Sens, et soumis par ce médecin des âmes, à des « manœuvres violentes dont l'enfant a conservé l'effrayant souvenir ». La radiographie du coude malade est faite (1), deux mois après le traumatisme (fig. 52), puis (fig. 53), deux ans après, sans qu'il y ait dans l'intervalle, d'autre intervention que le massage, et les manœuvres scandaleusement illégales et intempestives du curé de Sens. Il y a eu depuis, intervention chirurgicale, sans que nouvelle épreuve radiographique eût encore été prise. Dr Paul Cornet.

(1) A la *Médecine moderne.*

VARIA

Banquet du Pr Pierre Budin.

Nous sommes heureux de mettre sous les yeux de nos lecteurs, l'une des allocutions qui ne nous étaient point parvenues lors du tirage de notre precédent numéro.

M. le Pr Brouardel, doyen de la Faculté, s'est exprimé en ces termes :

Mon cher Budin, Messieurs,

Je lève mon verre en l'honneur de Pierre Budin, je porte sa santé au nom de tous ses amis et plus particulièrement au nom de ses collègues de la Faculté. Je lui souhaite la bienvenue parmi eux, sa place y était marquée par ses travaux, par son talent professoral. Elle y était marquée par l'affection que tous nous avions pour son ancien maître Tarnier. Nous savions qu'à un certain moment, mon cher Budin, vous aviez collaboré à l'œuvre par laquelle vivra son nom. Vous veniez de parcourir les cliniques de l'Allemagne, de l'Autriche, de l'Angleterre, à ce moment Tarnier avait réussi à faire construire à la Maternité le pavillon d'isolement, la mortalité des femmes en couches était tombée de 15 à 2 p. 100. Vous avez dit à Tarnier ce que vous aviez vu, ce que vous aviez deviné de l'avenir des méthodes antiseptiques.

Vous arriviez au bon moment; le résultat, je ne dis pas de votre collaboration, mais de vos conversations, fut ce qu'elle devait être entre un jeune homme ardent, amoureux du progrès, et un homme déjà expérimenté. Tarnier installa l'antisepsie dans ses salles, la mortalité tomba à 1 p. 100.

Je ne dirai pas quels autres travaux méritèrent les suffrages de vos juges, je laisse ce soin à d'autres de vos amis, mon incompétence en pratique obstétricale n'est contestée par personne.

Mais ce qui vous distingue entre tous, ce qui a assuré vos succès, c'est votre ténacité dans l'effort, c'est le trait dominant de votre caractère. En voulez-vous la preuve? Vous avez été malade, vous avez été fort malade, vous avez voulu guérir, vous l'avez voulu avec une énergie qui n'a reculé devant aucune douleur, vous avez guéri.

Vous avez voulu qu'il y eût des accoucheurs dans les hôpitaux, vous avez été le ferment actif de cette création. Il y a eu des accoucheurs.

Vous avez voulu que les services de la Charité, de la Maternité, fussent des cliniques modèles, elles le sont ou elles le seront.

Nous connaissons au Conseil de surveillance des hôpitaux votre douce obstination, aussi on a renoncé à vous résister, on sait que vous enfoncez les portes même fermées.

Vous avez les qualités que vous louiez l'autre jour en parlant du forceps de Tarnier, vous avez la douceur et la ténacité. Puis on vous céde, ajouterai-je, avec plaisir, on n'ignore pas que votre loyauté ne laisse pas entrer votre intérêt personnel dans les mobiles de votre action!

Vous n'avez pas terminé vos campagnes, la vie des mères une fois assurée, vous vous êtes tourné vers les enfants, vous voulez qu'eux aussi vivent. Ils vivront. J'en suis sur, car vous n'êtes pas seul : à votre effort personnel vous avez eu le bonheur de joindre l'action d'une collaboratrice dévouée, d'une personne charmante dont le bonheur s'est fait votre propre bonheur, vous imaginez-vous que quelqu'un aura le courage de résister?

Voilà ce que vous avez fait. Messieurs, regardez notre ami, il a la santé, pensez-vous qu'il soit au bout de ses heureuses campagnes?

Messieurs, pour la science, pour les malheureux, que Budin se porte bien, c'est le vœu que je fais en portant sa santé!

La Faculté catholique et le Conseil municipal de Lille.

Le Conseil municipal socialiste de Lille a examiné l'opportunité de l'annulation d'un traité conclu en décembre 1875 entre l'administration des hospices et la société civile de l'Institut catholique. Ce traité accordait à cette dernière, moyennant le payement d'une somme de 140.000 francs, la libre disposition, pour ses professeurs et ses élèves, de deux pavillons qui devaient contenir au minimum 200 lits, un amphithéâtre, une salle de dissection et un cabinet pour les professeurs.

De ce fait, les Facultés catholiques se trouvaient déchargées de faire établir à leurs frais un hôpital, ainsi que le leur imposait la loi. Ce contrat, pour valoir à perpétuité, fut bientôt trouvé onéreux par l'administration des hospices, et plusieurs demandes d'annulation furent proposées par des membres des conseils municipaux qui se sont succédé depuis cette époque. M. Ghesquiere, rapporteur, a déposé les conclusions suivantes qui ont été adoptées :

Considérant que le contrat passé entre la commission des hospices et l'Institut catholique a certainement été inspiré par des considérations politiques et religieuses, à une époque surtout où le cléricalisme livrait son plus formidable assaut à la République ;

Que si, en fait, ce contrat onéreux et préjudiciable aux intérêts considérables des hospices, est l'œuvre des adversaires de nos institutions républicaines, en droit, il est nul autant au fond que dans la forme, comme il en appert de l'avis des jurisconsultes consultés par l'administration des hospices elle-même ;

Considérant que, si ce contrat était brisé, ce serait tant mieux pour les malades indigents et pour les intérêts financiers des hospices, parce que l'Institut catholique ayant besoin quand même de sa Faculté de Médecine, se verrait obligé de créer, conformément à la loi, un hôpital qui rendrait en ce moment les plus grands services à la population malheureuse ;

Pour ces motifs, le conseil invite l'administration actuelle des hospices à profiter le plus tôt possible de l'autorisation du conseil de préfecture pour réclamer de la justice la résiliation du néfaste traité de 1875 et dès maintenant, pour éviter tout faux-fuyant, accepte éventuellement de voter ultérieurement le remboursement des 140.000 francs versés, à la société civile de l'Institut catholique, si l'administration des hospices faisait, en l'espèce, valoir l'insuffisance de ses ressources, et au cas où les tribunaux d'ordre administratif condamneraient les hospices au remboursement de la somme qu'ils ont reçue.

Au scrutin public, les radicaux et les socialistes ont voté pour. Des membres de la minorité modérée, 2 ont voté contre, les autres se sont abstenus. M. Barrois, élu député le 8 mai, professeur à la Faculté de Médecine de l'Etat, qui fait partie de la minorité républicaine, était absent.

Assainissement de la Seine : Rapport aux Ministres de l'Agriculture et des Finances.

Paris, le 1er avril 1898.

Monsieur le Ministre,

La Commission (1) instituée pour contrôler l'exécution des prescriptions des lois des 4 avril 1889 et 10 juillet 1894, concernant l'utilisation agricole des eaux d'égout de Paris et l'assainissement de la Seine, a l'honneur de vous adresser son cinquième rapport semestriel.

Dans ses visites sur les terrains du parc agricole d'Achères, la Commission a pu constater le fonctionnement régulier de ce champ d'épandage. Le rapport du 1er octobre 1897 mentionnait que le drainage de la plaine des Fonceaux n'était pas encore complètement établi. Depuis cette époque, les travaux ont été achevés et les irrigations sont actuellement effectuées sur ce domaine municipal.

La mise en service des conduites de distribution et du drainage est ainsi désormais assurée dans toute l'étendue des fermes de Fromainville, de Garenne et des Fonceaux, ainsi que dans les anciens tirés de la forêt de Saint-Germain, ensemble de terrains, d'une superficie de 1.000 hectares, qui forme le parc agricole d'Achères.

La longueur de toutes les conduites souterraines qui sillonnent ce champ d'épandage atteint presque 35 kilomètres et les rigoles à ciel ouvert ont un développement approximatif de 30 kilomètres. Les eaux d'égout déversées sur les terres retournent au fleuve, une fois épurées et après avoir été recueillies, en même temps que les eaux de la nappe souterraine, dans un réseau de drainages d'une longueur d'environ 20 kilomètres.

Grâce à ces importants travaux, la Ville de Paris a pu, pendant le semestre dernier, obtenir le maximum des irrigations prévu par la loi.

Le service technique a fait connaître, en effet, que du 1er septembre 1897 au 28 février 1898, soit pendant 181 jours, le cube des eaux d'égout débitées par les conduites d'adduction a été de 20.496.900 mètres. La surface du parc agricole étant admise pour 1.000 hectares, on voit que l'épandage a été fait à raison d'un chiffre de 41.333 mètres cubes par hectare et par an. Ce volume moyen est supérieur au maximum qui a été fixé à 40.000 mètres cubes pour la même superficie et le même temps; mais la Commission estime qu'il n'y a pas lieu de s'arrêter à l'excédent constaté par les chiffres qui viennent d'être indiqués. D'une part, la moyenne ainsi formée n'est pas rigoureusement exacte, puisque le nombre de jours de la période examinée n'est que de 181, inférieur à la moitié de l'année et, d'autre part, la compensation s'établit pendant les périodes où l'état des cultures nécessite la réduction des épandages quotidiens.

Au surplus, cette situation ne donne lieu à aucune critique en ce qui concerne l'épuration des eaux par le sol, qui continue à être assurée dans des conditions satisfaisantes, et l'existence d'aucune stagnation d'eaux d'égout n'a été remarquée.

A ce sujet, la Commission avait, il est vrai, signalé au service de l'assainissement, quelques inondations partielles qui s'étaient produites, au mois de novembre, dans la plaine des Fonceaux, mais des mesures ont été prises pour compléter sur ces points le réseau de drainage et l'on peut espérer que cette plaine sera désormais à l'abri des accidents de cette nature.

En résumé, la Commission constate que l'épandage des eaux d'égout de Paris est effectué dans le parc agricole d'Achères d'une façon complète et conformément aux lois relatives à l'assainissement de la Seine.

Daignez agréer, Monsieur le Ministre, l'hommage de notre respectueux dévouement.

(1) La Commission est composée de : MM. Recopé, conservateur des forêts, désigné par M. le Ministre de l'Agriculture, président. Bourneville, docteur en médecine, désigné par le Comité consultatif d'hygiène publique de France. Laurent-Cely, désigné par le Conseil général de la Seine. Olry, sous-inspecteur des domaines, désigné par M. le Ministre des Finances, secrétaire rapporteur. M. D. Ch. Duverdy, désigné par le Conseil général de Seine-et-Oise, décédé le 20 janvier 1898, n'a pas encore été remplacé.

Hôpital civil français de Tunis.

Concours pour deux places de médecin titulaire et deux places de médecin suppléant.

La Résidence générale de la République française à Tunis donne avis que le 31 mai 1898, à neuf heures du matin, sera ouvert un concours pour deux places de médecin titulaire et deux places de médecin suppléant de l'hôpital civil français de Tunis. Ce concours aura lieu à Tunis devant un jury composé de trois professeurs ou agrégés, désignés par le doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier.

Conditions d'admission au concours. Pour être admis à concourir, les candidats devront satisfaire aux conditions suivantes : 1° être Français ou naturalisé Français ; 2° être docteur en médecine d'une Faculté française ; 3° avoir trois ans d'exercice comme docteur en médecine en France ou dans les Colonies françaises. Néanmoins le temps du doctorat est réduit d'un an pour les anciens internes des hôpitaux nommés au concours et ayant rempli leurs fonctions d'interne pendant trois ans au moins (cette condition n'est pas exigée des suppléants) ; 4° être accepté par la Résidence générale de Tunis.

Pour assurer l'exécution des dispositions qui précèdent les candidats devront déposer au secrétariat général du Gouvernement Tunisien à Tunis, avant le 24 mai, les pièces suivantes : 1° leur acte de naissance; 2° les pièces justificatives de leur qualité de Français; 3° leur diplôme de docteur en médecine; 4° les pièces justificatives constatant qu'ils ont trois ans d'exercice comme docteur en médecine, et, s'il y a lieu, qu'ils remplissent les conditions stipulées au paragraphe 3 ci-dessus; 5° l'engagement écrit de se conformer au

règlement sur le service de santé de l'hôpital civil français de Tunis, ainsi qu'aux décisions et délibérations qui seraient prises ultérieurement par la commission administrative de surveillance; 6° une notice des titres scientifiques et des services antérieurs qu'ils peuvent faire valoir. Toutes les pièces dont il s'agit devront être délivrées par les autorités compétentes et toutes les signatures dûment légalisées. Les dossiers incomplets ou irrégulièrement établis seront refusés par l'administration.

Epreuves du concours. — Les épreuves du concours sont les suivantes : 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie interne dont l'élément anatomo-pathologique fera nécessairement partie (3 heures); 2° une composition écrite sur un sujet thérapeutique (2 heures); 3° une épreuve clinique sur deux malades (trente minutes pour l'examen des deux malades et vingt minutes pour développer oralement devant le jury l'opinion du candidat, après dix de réflexion). Les candidats qui justifieront par certificat délivré au secrétariat général du Gouvernement Tunisien d'une résidence d'une année au moins en Tunisie, auront, de ce chef, le total de leurs points majoré de dix pour cent (10 0/0).

Nomination. — A la suite du concours, le jury présentera à la nomination de la Résidence générale à Tunis les candidats qui auront obtenu le nombre de points le plus élevé, sans faire de classement pour les autres candidats.

Attributions et fonctions des médecins titulaires ou suppléants. — Elles sont déterminées par le règlement de l'hôpital civil français de Tunis. Les médecins titulaires sont astreints à la visite quotidienne des malades. Les médecins suppléants les remplacent en cas d'empêchement ou d'absence et assurent à tour de rôle, avec le chirurgien suppléant, le service de permanence de jour et de nuit. Le local nécessaire leur est réservé à cet effet dans les bâtiments de l'hôpital. La date d'entrée en exercice sera celle de l'ouverture de l'établissement (vers le 1er novembre 1898). Les avantages attachés aux dites fonctions consistent en un traitement de trois mille francs (3.000 fr.) pour les médecins titulaires et de mille cinq cents francs (1.500 fr.) pour les médecins suppléants.

S'adresser au secrétariat général du Gouvernement Tunisien, à Tunis, pour les renseignements.— Un extrait du présent règlement est déposé à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Les Concours d'Agrégation de Médecine.

Le jury du dernier concours d'agrégation a pensé que les améliorations apportées il y a dix ans environ au concours d'agrégation de médecine étaient plutôt mauvaises et, au dire de M. Arnozan, juge, a transmis certains vœux au Ministre de l'Instruction publique. C'est ainsi qu'on a demandé le rétablissement d'une épreuve portant sur l'anatomie et la physiologie générales ; le développement de l'épreuve d'anatomie pathologique, qui serait jointe aux épreuves d'admissibilité, au lieu d'être renvoyée à la fin du concours comme cela se fait actuellement ; enfin, la suppression de tout document pendant la préparation de la leçon de trois quarts d'heure.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Etat nominatif des étudiants reçus Docteurs en Médecine pendant les mois de janvier et février 1898 (année scolaire 1897-1898).

MM. Le Corre. Considérations hygiéniques et pathologiques sur la nécrose phosphorée. — Bellet. Moyens de défense et psychothérapie dans les obsessions. — Petit. Contribution à l'étude clinique, anatomo-pathologique et bactériologique de la tuberculose pulmonaire de la première enfance. (Association pneumococcique). — Michel. Contribution à l'étude de l'ophtalmie phlycténulaire. — Mias. De la valeur thérapeutique des courants continus dans le traitement de la névralgie du trijumeau. — Gaimard. Examen des calculs et des concrétions à l'aide des rayons X. — Joly. Importance du rôle des insectes dans la transmission des maladies infectieuses et parasitaires. Du formol comme insecticide. — Pujol. De l'évacuation rapide des épanchements non purulents du genou. — Creignou. La bacille de Lœffler chez les animaux sains. — Westermann. Du redressement des gibbosités pottiques sous anesthésie. — Dardenne. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'otite moyenne chronique sèche. — Sautarel. Contribution à l'étude des obsessions-inhibitions et en particulier de l'inhibition génitale. — Savignac. Essai historique et critique sur l'ergotisme et l'action de l'ergot de seigle. — Fargier. De l'usage du bain chaud chez les anciens. — Delaune. Aperçu historique sur la médecine et la religion à Rome. — Brucker. Du rôle de l'alcalinité du sang en thérapeutique. — Traitement des suppurations par le bicarbonate de soude. — Thomas-Derevoge. Contribution à l'étude du bégaiement et de son traitement pratique. — Winckler. Contribution à l'étude de l'osmose électrique. — Dumond. De l'épithélioma du pénis et de son ablation (nouvelle méthode d'amputation). — Brisemur. Contribution à l'étude du dacryops. — Brial. De l'action thérapeutique de l'air sur les sérums. — Bouyer. Contribution à l'étude du cholestéatome de l'oreille moyenne (Pathogénie et traitement). — Lefèvre. Relations entre quelques pigments de l'urine, de la bile et du sang. — Adoue. Contribution à l'étude des kystes glandulaires du pancréas. — Alker. De la splénopexie. — Flous. Contribution à l'étude du sarcome mélanique de la choroïde. — Fourestié. Le drainage périnéal de la vessie dans les états douloureux de cet organe. — Dupuy. De la marsupialisation dans les kystes de l'ovaire. — Rivière. Variations électriques et travail mécanique du muscle.

Service de santé militaire.

Les officiers du service de santé militaire et les officiers d'administration du service des hôpitaux militaires dont les noms suivent ont été désignés pour être détachés pendant les saisons thermales de 1898, savoir :

Hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault. — MM. Mercier, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles. — Colomb, médecin aide-major de 1re classe au 105e régiment d'infanterie. — Dufresne, officier d'administration adjoint de 1re classe à l'hôpital militaire de Villemanzy, à Lyon.

Hôpital thermal de Vichy. — MM. Yvert, médecin principal de 2e classe de l'hôpital militaire de Bordeaux. — Delamare, médecin-major de 1re classe de l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris. — Carayon, médecin-major de 1re classe de l'hôpital militaire de Rennes. — Duponchel, médecin major de 2e classe au 50e régiment d'infanterie. — Paris, médecin aide-major de 1re classe au 92e régiment d'infanterie. — Navas, médecin aide-major de 2e classe au 139e régiment d'infanterie. — Guillot, pharmacien-major de 2e classe de l'hôpital militaire Desgenettes, à Lyon. — Gomert, officier d'administration adjoint de 1re classe, adjoint commandant de la 13e section d'infirmiers militaires. — Bailly, officier d'administration adjoint de 1re classe de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris. — Durand, officier d'administration adjoint de 2e classe de l'hôpital militaire de Vincennes.

Hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains. — MM. Bachelet, médecin principal de 2e classe de l'hôpital militaire de Nancy. — Morer, médecin-major de 1re classe de l'hôpital militaire de Vincennes. — Polin, médecin-major de 1re classe du 56e régiment d'infanterie. — Beauxis-Lagrave, médecin aide-major de 1re classe du 7e régiment de dragons. — Mathieu, médecin aide-major de 1re classe au 7[illegible]e régiment d'infanterie. — Maronneau, pharmacien major de 2e classe de l'hôpital militaire de Vincennes. — Odet, officier d'administration adjoint de 1re classe de l'hôpital militaire Saint-Martin. — Philippe, officier d'administration adjoint de 1re classe, adjoint au commandant de la 23e section d'infirmiers militaires. — Ferciot, officier d'administration adjoint de 1re classe de l'hôpital militaire de Belfort.

Hôpital thermal de Barèges. — MM. Gorsse, médecin principal de 2e classe des salles militaires de l'hospice mixte de Montauban. — Peborde, médecin-major de 1re classe au 57e régiment d'infanterie. — Cluzant, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Toulouse. — Voulgre, médecin aide-major de 1re classe au 49e régiment d'infanterie. — Labaste, médecin aide-major de 1re classe au 34e régiment d'infanterie. — Boutineau, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Bordeaux. — David, officier d'administration adjoint de 1re classe de l'hôpital militaire de Bordeaux — Noguez, officier d'administration adjoint de 2e classe de l'hôpital militaire de Perpignan. — Beaubial, officier d'administration adjoint de 2e classe, adjoint au commandant de la 12e section d'infirmiers militaires.

Le Mal de Misère.

Nous avons fait allusion dans notre numéro 1[illegible] à une publication de M. Napias, intitulée : *Le Mal de misère*. Voici un passage qui exprime bien les opinions de l'auteur et que nous reproduisons avec d'autant plus de plaisir qu'elles répondent absolument à celles que nous avons toujours défendues :

« Le progrès marche, — lentement parfois, — mais il marche, et les obstacles qu'on lui oppose ne résistent pas longtemps à son invincible pression. Combien de changements se sont opérés par sa bienfaisante influence depuis la Révolution française, changements dont la manifestation matérielle se trouve partout, jusque dans l'état physique de l'homme, jusque dans le sol de la patrie! La vie moyenne, qui au siècle dernier n'était guère que de vingt-huit ans, est à présent de trente-huit ans environ. Les progrès réalisés dans les idées et dans les choses depuis la Révolution sont toutefois fort loin encore de ce que l'on est en

droit d'attendre de l'application rigoureuse des principes immortels qu'elle a institués. Des réformes sont nécessaires, et cette nécessité est actuellement reconnue par tous les bons esprits soucieux de la justice et sincèrement dévoués à la cause démocratique. » — On ne saurait mieux dire.

Présence du bacille de la diphtérie dans l'eau bénite.

Les contacts multiples que subit l'eau des bénitiers avec des doigts souvent peu aseptiques autorisent à supposer que dans certaines conditions ce liquide est susceptible de jouer un rôle important dans la diffusion des maladies infectieuses. Et, de fait, en analysant bactériologiquement de l'eau puisée dans le bénitier d'une des églises les plus fréquentées de Sassari, M. le Pr L. Vincenzi a constaté la présence d'une foule de bactéries : staphylocoques et streptocoques, colibacilles, microbes tétragènes, bacille de Lœffler, etc.

Notre confrère a cultivé ce dernier microbe et en a obtenu des cultures pures absolument caractéristiques. Il a pu aussi se convaincre par des expériences sur les animaux qu'il s'agissait incontestablement d'un bacille de la diphtérie, doué de propriétés très virulentes. En effet M. Vincenzi a vu des cobayes pesant plus de 400 grammes succomber rapidement après inoculation de doses mêmes minimes (0 cc., 4) des cultures en question, et il a constaté à leur autopsie les lésions caractéristiques de l'infection diphtérique expérimentale (œdème au point inoculé, exsudat limpide des cavités pleurales et foyers hémorragiques multiples dans les capsules surrénales). L'eau des bénitiers peut donc être le véhicule de la contagion diphtérique, et cela d'autant plus facilement que dans quelques pays certaines personnes ont coutume de porter à leurs lèvres leurs doigts mouillés d'eau bénite. Ajoutons qu'à l'époque où M. Vincenzi entreprenait ses recherches, quatre cas de diphtérie, dont un suivi de mort, étaient signalés dans la ville de Sassari.

(*Nice médical*, avril 1898.)

Enseignement médical libre.

Cours pratique d'ophtalmologie. — M. le Dr A. Terson, chef de clinique, et M. F. Terrien, chef du laboratoire, conférences pratiques : le premier les mardi, jeudi et samedi à 5 heures, le second les lundi, mercredi et vendredi à la même heure (Hôtel-Dieu).

Cours de bactériologie. — Un cours et des travaux pratiques de bactériologie médicale commenceront le mardi 7 juin, à deux heures, à l'Ecole de Médecine, au laboratoire de bactériologie de M. le Pr Cornil, sous la direction de M. le Dr Fernand Bezançon. Se faire inscrire au laboratoire de l'Ecole pratique, de deux à cinq heures.

FORMULES

XIII. — Potion contre la toux quinteuse de la grippe
(M. G. Lemoine).

Bromoforme. . . . . 0 gr. 30 centigr.
Benzoate de soude . . . . . 4 grammes.
Sirop de tolu . . . . 30 —
Hydrolat de laitue. . . . . . 90 —

Mêlez. — A prendre par cuillerées à soupe dans les vingt-quatre heures (pour un adulte).

XIV. — Mélange contre la colique hépatique (M. Fazio).

Eau chloroformée à 0,5 0/0. . . . 100 grammes
Glycérine neutre . . . . . . } âà 20 —
Eau de fleurs d'oranger . . . }

Mêlez. — A prendre en trois fois dans l'espace de deux à trois heures.

XV. — Mixture pour le pansement du panaris osseux
(M. S. Schuster).

Iode métallique. . . . . 0 gr. 10 centigr.
Teinture d'iode. . . . . . } âà 5 grammes
Teinture de ratanhia. . . . }
Iodure de potassium. . . . . 2 —
Glycérine. . . . . 30 —

Mêlez. — Usage externe.

Une fois le panaris incisé, on introduit dans la plaie, jusqu'à l'os, une lanière de tarlatane aseptique imbibée du liquide ci-dessus formulé, puis on applique par dessus une compresse imprégnée d'une solution d'acétate d'alumine. (*Sem. Méd.*)

Incidents au Concours d'agrégation des sciences naturelles de la Faculté de Paris.

Mardi 17 mai, à 5 heures, devait avoir lieu, à la Faculté de Médecine, la première épreuve du Concours pour l'agrégation d'histoire naturelle. L'amphithéâtre et la cour de la Faculté ont été envahis par de nombreux étudiants, dont un grand nombre étrangers à la Faculté de Médecine, qui se sont livrés à des manifestations bruyantes et hostiles contre M. le Pr Blanchard, membre du jury. Le concours n'a pu avoir lieu. Les mêmes scènes se sont reproduites le lendemain mercredi à la même heure et l'inauguration du concours a dû être remise à une date postérieure.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 1er mai au samedi 7 mai 1898, les naissances ont été au nombre de 1.137, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 413, illégitimes, 175. Total, 588. — *Sexe féminin* : légitimes, 388, illégitimes, 161. Total, 549.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 1er mai au samedi 7 mai 1898, les décès ont été au nombre de 1.028, savoir : 560 hommes et 468 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 1. T. 4.— Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.— Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 16, F. 18, T. 34.— Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2, — Coqueluche : M. 2, F. 1, T. 3. — Diphtérie, Croup : M. 2. F. 1, T. 3. — Grippe : M. 0, F. 2, T. 2. — Phtisie pulmonaire : M. 117, F. 78, T. 195. — Méningite tuberculeuse : M. 15, F. 14, T. 29. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 15, T. 35. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 31, T. 47. — Méningite simple : M. 15, F. 6, T. 21. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 32, F. 24, T. 56. — Paralysie, M. 6, F. 3, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 3, T. 5.— Maladies organiques du cœur : M. 33, F. 28, T. 61. — Bronchite aiguë : M. 10, F. 10, T. 20.— Bronchite chronique : M. 16, F. 12, T. 28.— Broncho-pneumonie : M. 27, F. 23, T. 50. — Pneumonie : M. 24, F. 29, T. 53. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 21, F. 23, T. 44.— Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 20, T. 36. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 2, T. 9. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 0, T. 0. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 11, F. 7, T. 18. — Sénilité : M. 15, F. 26, T. 41. — Suicides : M. 15, F. 5, T. 20. — Autres morts violentes : M. 8, F. 2, T. 10. — Autres causes de mort : M. 98, F. 70, T. 168. — Causes restées inconnues : M. 11, F. 2, T. 13.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 72, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 22, illégitimes, 13, Total : 35. — *Sexe féminin* : légitimes, 20, illégitimes, 17. Total : 37.

Ecole de Médecine de Dijon. — *Concours pour une place de professeur suppléant pour les chaires d'Anatomie et de Physiologie.* — Par arrêté du 25 avril 1898, un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Dijon, s'ouvrira devant la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lyon, le 7 novembre 1898. 1° Composition écrite, sur un sujet de physiologie (cinq heures sont accordées pour cette composition, qui a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury ; les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé) ; 2° Leçon orale de trois quarts d'heure de durée, sur une question d'anatomie descriptive après trois heures de préparation dans une salle fermée ; les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé ; 3° Epreuves pratiques : a) une préparation extemporanée d'anatomie descriptive (cinq heures sont accordées pour cette épreuve) ; b) une préparation extemporanée d'histologie (quatre heures sont accordées pour cette épreuve) ; 4° Appréciation des titres et travaux scientifiques. — *Conditions du concours.* Les candidats doivent être Français ou naturalisés Français, âgés de 25 ans au moins, et posséder le diplôme de docteur en médecine. Ils devront être inscrits, avant le 7 octobre 1898, au secrétariat de la Faculté de Lyon, et déposer les pièces suivantes : leur acte de naissance, leurs diplômes universitaires, les thèses et travaux scientifiques qu'ils auraient publiés et une note indiquant leurs titres honorifiques, la nature et la durée de leurs services dans l'enseignement. Le suppléant est chargé d'un enseignement complémentaire. Les appointements sont de 1.000 fr. et la durée des fonctions est de neuf années.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Adjudication.* — Le samedi 18 juin, à 2 heures, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, 3, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des articles de pansement, gazes et cotons antiseptiques, mackinstosh, protective, etc., nécessaires au service des établissements de cette administration pendant un an, à partir du 1er juillet 1898. Ces fournitures sont évaluées approximativement : Ier et 2e lots : gazes iodoformées et au salol, 51.000 fr. par lot; — 3e et 4e lots : coton au salol et boriqué, mackintosh, protective, lint boriqué, 13.000 fr. par lot; — 5e lot : coton hydrophile, 50.000 kilogr. S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de ladite administration, avenue Victoria, 3, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

ASILE NATIONAL DE VINCENNES. — Il sera ouvert, le jeudi 2 juin, à 9 heures du matin, au Ministère de l'Intérieur, un concours pour l'internat de l'Asile National de Vincennes. On trouvera chez le concierge de la Faculté de Médecine et au secrétariat de l'Asile Nationale de Vincennes, des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.— Traitement : 1re année, 1.500 fr.; 2e année, 1.600 fr.; 3e année, 1.700 fr. Avantages en nature.

CONCOURS DES HÔPITAUX. — *Médecine.* Le jury du prochain concours des hôpitaux (médecine) est ainsi constitué provisoirement : MM. Hervieu, Huchard, Tenneson, Tuffier, Rendu, Mathieu, Marie. — *Chirurgie.* Le concours de chirurgie s'est terminé par la nomination de MM. Morestin et Ch. Souligoux.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Epreuve orale de 3/4 d'heure après 3 heures de préparation. — Ordre de passage : *Anatomie* : MM. Moreau, Hardiviller, Pillet, Launois, Rieffel, Picou, Cousin, Bouin. *Physiologie* : MM. Langlois, Hallion, Rivière, Billard, Bardier. *Histoire naturelle* : M. Verdin.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas MEUNIER, professeur au Muséum d'Histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le 22 mai à Champigny et Chennevières. Il suffit pour prendre part à l'excursion de se trouver au rendez-vous : Gare de Vincennes où l'on prendra à midi le train pour Champigny. On sera rentré à Paris vers 6 heures. Pour profiter de la réduction de 50 0/0, accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la place au Laboratoire de géologie, 61, rue de Buffon, avant samedi, à 4 heures.

INSTITUTION NATIONALE DES SOURDS-MUETS DE CHAMBÉRY. — Nous apprenons avec plaisir la nomination comme directeur de cette Institution nationale de M. DUBRAULE, censeur de l'Institution Nationale des Sourds-Muets de Paris.

4e CONGRÈS INTERNATIONAL DE ZOOLOGIE. — Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique, sont délégués au quatrième congrès international de zoologie qui s'ouvrira à Cambridge le 23 août prochain : MM. Milne-Edwards, directeur du Muséum d'histoire naturelle de Paris. Barrois, professeur à la Faculté de médecine de Lille. Bigot, professeur à la Faculté des sciences de Caen. Blanchard, professeur à la Faculté de Médecine de Paris. Caullery (A.), maître de conférences à la Faculté des sciences de Lyon. Delage, professeur à la Faculté des sciences de Paris. Filhol, Perrier et Vaillant, professeurs au Muséum d'histoire naturelle de Paris. Girod, professeur à la Faculté des sciences de Clermont. Le baron de Guerne et Schlumberger, membres de la Société zoologique de France. Joubin, professeur à la Faculté des sciences de Rennes. Lambert, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy. Le Dr Lortet, doyen de la Faculté de médecine de Lyon. Roule, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse.

HÔPITAL ROTHSCHILD A BERCK. — Un concours pour la nomination de deux internes titulaires et d'un interne adjoint à l'hôpital N. de Rothschild, à Berck-sur-Mer, et à la polyclinique H. de Rothschild, 82, rue de Picpus, s'ouvrira le 16 mai prochain dans les salles de l'hopital Rothschild, 76, rue de Picpus. Pour tous renseignements s'adresser à M. Aron, directeur de l'hôpital Rothschild, 76, rue de Picpus.

LES INCONVÉNIENTS D'UNE VIRGULE OUBLIÉE. — Un journal américain vient de se voir intenter un procès par un de ses annonciers pour avoir mal ponctué une des attestations qui célébraient l'excellence du produit, objet de l'annonce. L'attestation était ainsi libellée : « Je me trouve aujourd'hui complètement guéri, après avoir été aux portes de la mort (), pour avoir pris seulement cinq bouteilles de votre médecine. » Le correcteur avait oublié la virgule mise entre parenthèses, ce qui change singulièrement le sens de la phrase. (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie* du 12 mai.)

ASILES D'ALIÉNÉS. — M. Gruhier, directeur de l'Asile public d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse), est nommé inspecteur du service des Enfants assistés de la Seine, par permutation avec M. Raoul. — M. Jalabert (Louis-Jean-Jacques), ancien sous-préfet, ancien directeur de l'Asile public de Clermont (Oise), est nommé, par permutation avec M. Gruhier, inspecteur des Enfants assistés de la Seine. — M. Geleldo, membre de la commission administrative de l'hospice de Saint-Ouen, est relevé de ses fonctions.

INFIRMERIE DE SAINT-LAZARE. — Nous avons indiqué les noms des six internes qui viennent d'être nommés au dernier concours. M. Lefort a été nommé le cinquième.

NÉCROLOGIE. — Un jeune docteur, M. DAVAINE, âgé de vingt-neuf ans, demeurant, rue Delambre, est mort ces jours derniers de la diphtérie contractée, il y a quelque temps, au chevet d'un enfant atteint du croup. Cette mort prématurée a jeté la consternation dans le quartier, où notre infortuné confrère avait su, depuis un an qu'il y était, se créer de nombreuses sympathies. — M. le Dr BERRUT, de Paris, reçu en 1855, qui, l'un des premiers, à Paris, fit de la chirurgie indépendante en dehors des hôpitaux. Il a publié de nombreux travaux sur la gynécologie. Il fut l'un des défenseurs les plus ardents de l'enseignement libre. — M. le Dr GRUEBL, le dernier bourgmestre libéral de Vienne et le prédécesseur du Dr Lueger, le bourgmestre antisémite chrétien social actuel, vient de mourir, après une longue maladie, à l'âge de cinquante et un ans. (*Le Temps.*)

ERRATUM. — D'après différents journaux, nous avons annoncé la mort d'un Dr Guyot, médecin-adjoint à Quatremares. Il n'existe pas de médecin-adjoint de ce nom.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — *Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie.* — M. le Dr SEVESTRE, le lundi à 9 heures du matin, pavillon Trousseau : un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie).

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Pr Albert ROBIN, médecin de la Pitié, a suspendu son cours le lundi 16 mai courant, pour le reprendre le lundi 23 du même mois et le continuer les lundis suivants à 9 h. 3/4 du matin à l'hôpital de la Pitié.

ASILE CLINIQUE. (Sainte-Anne.) — *Clinique des maladies mentales* : Pr JOFFROY, le samedi à 10 heures.

HÔPITAL ANDRAL. — MM. Albert MATHIEU et Maurice SOUPAULT, conférences cliniques sur les maladies de l'appareil digestif, le vendredi, à 10 heures du matin.

Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac. — MM. Albert MATHIEU, médecin de l'hôpital Andral, Maurice SOUPAULT, ancien interne des hôpitaux de Paris, J.-Ch. ROUX, interne des hôpitaux et LABOULAIS, ancien interne en pharmacie, ont commencé, le 16 mai 1898, une série de conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. Ce cours durera deux mois. Les élèves seront exercés individuellement aux manipulations indispensables pour le diagnostic. Se faire inscrire : au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

HÔPITAL TENON. — M. le Dr A. BECLÈRE commencera le vendredi 27 mai et continuera les vendredis suivants, à 10 h. 1/2 du matin des conférences et exercices pratiques sur les applications de la découverte de Rœntgen au diagnostic médical.

HÔTEL-DIEU. — *Clinique chirurgicale.* — M. le Pr DUPLAY, le mardi et le vendredi à 10 heures.

ASILE DE VILLEJUIF. (Tramway du Châtelet). — *Maladies mentales.* — M. TOULOUSE, médecin en chef. — Le lundi à 9 heures, visite du service; à 10 heures, examen d'un malade par un élève; à 10 h. 1/2 leçon clinique.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

L'Aphasie amnésique et ses variétés cliniques;

(*Suite*) (1).

Par le Pr A. PITRES.

III. — M. Wernicke (de Breslau) a été incontestablement l'initiateur de ce mouvement. Son premier mémoire daté de 1871, est extrêmement original (2). Il a joué un rôle si prépondérant dans l'orientation des travaux ultérieurs que je vous demande la permission, non pas de vous en donner une analyse détaillée, ce qui nous entraînerait beaucoup trop loin, mais de vous en indiquer les points les plus saillants. M. Wernicke part de ce principe, que la surface corticale du cerveau est divisée en deux grandes régions douées d'attributions fonctionnelles différentes. La région antérieure est motrice : elle conserve et élabore les idées de mouvement, les *motorische Vorstellungen*. La région postérieure est sensitive : elle renferme les images-souvenirs des impressions sensorielles antérieurement perçues.

Les parties du cerveau qui servent à la fonction du langage comprennent : 1° dans la région motrice, la troisième circonvolution frontale (circonvolution de Broca), où se forment les idées des mouvements spécialisés de la phonation; 2° dans la région sensorielle, la première circonvolution sphénoïdale qui est le centre des images auditives; 3° entre les deux, des groupes de fibres qui relient la première sphénoïdale à la troisième frontale en passant par la région de l'insula.

La parole est fonction de l'activité associée des deux centres auditif verbal (1re circonvolution sphénoïdale) et moteur phonétique (troisième circonvolution frontale). Le premier est même physiologiquement plus important que le second. Il est à la fois l'éducateur et le régulateur de tout le mécanisme psycho-sensoriel servant à l'organisation et à l'émission du langage : l'éducateur, car c'est en répétant machinalement les mots qu'il entend prononcer devant lui que l'enfant apprend à parler; le régulateur car l'audition mentale des mots (c'est-à-dire la reviviscence de leurs images-souvenirs acoustiques) précède et dirige l'émission verbale non seulement dans la parole courante mais même dans la lecture à haute voix et dans l'écriture (3).

Dans tous les cas, la *parole intérieure* se réduit à un phénomène de reviviscence des images acoustiques des mots. Elle n'est plus, comme le croyaient les philosophes, un processus psychique inaccessible à la méthode expérimentale; elle est un fait physiologique, une manifestation de l'activité de certains groupes déterminés de cellules sensorielles et motrices de l'écorce cérébrale.

De ces notions psychologiques dérivent plusieurs applications pathologiques dont la plus importante est que le syndrome *Aphasie* peut être causé par toutes les lésions destructives intéressant l'aire cérébrale du langage en un point quelconque de son étendue; et que ses caractères varient avec le siège des lésions provocatrices. Si c'est la troisième circonvolution frontale qui est atteinte, le phénomène essentiel est la perte des représentations motrices d'articulation, et le malade a la variété d'aphasie connue sous le nom d'*aphasie motrice* ou *aphémie*. Si c'est la première circonvolution sphénoïdale, il en résulte une forme toute particulière de troubles du langage caractérisée par la perte des images auditives. Le malade, tout en restant capable d'entendre les bruits, ne comprend plus leur signification. Il entend qu'on parle, mais il ne saisit plus le sens de ce qu'on dit : Il a de l'*aphasie sensorielle*. Enfin si la destruction porte sur les voies de communication qui réunissent la troisième circonvolution frontale à la première sphénoïdale, on observe des variétés d'aphasie moins nettement spécifiées que les précédentes, dans lesquelles les images motrices et les images auditives étant conservées ne sont plus reliées entre elles par l'harmonieuse synergie fonctionnelle qui assure à l'état normal l'exercice régulier de la fonction du langage. Quant à l'aphasie amnésique des anciens auteurs, Wernicke n'en fait pas une espèce distincte. Elle se confond, d'après lui, avec l'aphasie sensorielle ou avec les diverses variétés d'altération du langage causées par l'interruption des communications des centres de la parole entre eux ou avec les autres parties du cerveau.

Dans son savant ouvrage sur *Les troubles de la parole*, publié en 1877 (1), Kussmaul admit la notion de l'*aphasie sensorielle* précédemment introduite dans

(1) Voir *Progrès médical*, no 18, 1898.

(2) Wernicke. — *Ueber aphasische Symptomencomplex*.

(3) Cette suprématie du centre auditif sur tous les autres centres de la parole est un des points sur lesquels M. Wernicke a le plus insisté. La parole, dit-il, en substance est avant tout un acte d'imitation. Les philosophes qui soutiennent que la formation des idées précède nécessairement la création du langage sont dans l'erreur. Penser et parler correspondent à deux processus différents, indépendants l'un de l'autre. L'idée d'un objet, d'une montre, par exemple, consiste en l'association des images-souvenirs que nous ont laissés la vue, le toucher, l'audition des montres que nous avons eues sous les yeux ou entre les mains. Ces images-souvenirs sont des attributs de l'objet *montre*. Mais le mot *montre* n'a aucun rapport avec les attributs de l'objet qu'il désigne. En fait, la connaissance des objets ne précède pas la connaissance de leur dénomination, elle la suit. Dans l'état normal, l'enfant apprend à parler seulement par la voie acoustique. Il commence par répéter les mots entendus. Il n'arrive à relier ces mots aux idées correspondantes que lorsqu'il est déjà depuis longtemps en possession de l'usage des mots. La preuve, c'est que si, avant d'être très familiarisé avec la parole, il est frappé pour une cause ou pour l'autre de surdité, il devient du même coup muet; ce qui ne l'empêche pas d'ailleurs, d'être capable d'acquérir un grand développement intellectuel.

Le centre auditif est donc l'organe primordial du langage. Tous les autres organes servant à la parole lui sont subordonnés. La lecture et l'écriture, qui semblent de prime abord tout à fait indépendantes de l'audition verbale, sont elles-mêmes sous sa dépendance. L'enfant n'apprend à écrire qu'en se guidant sur le son. Il n'y a pas de lien direct entre l'écriture et l'idée. L'écriture est la traduction, non de la pensée, mais de la parole articulée. De même l'enfant apprend à lire mentalement en reliant les images optiques des lettres avec leurs images auditives, et il apprend à lire à haute voix en reliant ces deux sortes d'images avec les images motrices d'articulation. Telle est, en quelques mots, la doctrine de M. Wernicke sur la psycho-physiologie du langage.

(1) Kussmaull. — *Die Storungen des Sprache*. Leipzig, 1873, traduit en français, en 1884, par Ruelf.

la science par Wernicke. Il poussa même plus loin l'analyse que ne l'avait fait le professeur de Breslau, et, dans ce que ce dernier avait décrit en bloc sous le nom d'aphasie sensorielle, il distingua deux éléments, souvent associés dans les cas cliniques, mais susceptibles de se montrer isolément : la *surdité verbale* produite par la destruction du centre acoustique des mots et la *cécité verbale* produite par la destruction du centre visuel des mots. Mais il n'osa pas aller jusqu'à rayer complètement l'aphasie amnésique du cadre nosologique. Il la décrivit comme une espèce autonome, à côté et en dehors des aphasies sensorielles.

Les travaux de Wernicke et Kussmaul étaient peu connus et assez mal jugés, quand Charcot fit en 1883 les belles leçons qui eurent un si grand et si légitime retentissement.

Dans ces leçons, l'illustre professeur de la Salpêtrière étudiant l'origine psychologique du langage arrive à cette conclusion, un peu différente de celle de Wernicke, que les mots parviennent à notre connaissance, non pas seulement par la voie acoustique, mais par quatre voies différentes.

Nous pouvons les entendre résonner à nos oreilles (*voie auditive*), les voir écrits (*voie visuelle*), les prononcer (*voie motrice d'articulation*) ou les écrire (*voie motrice graphique*). Chacun de ces groupes de sensations est emmagasiné dans un point spécial des centres sensitifs ou moteurs cérébraux, et chacun peut être ultérieurement évoqué sous la forme, d'image auditive, visuelle, motrice phonétique ou motrice graphique, pour nous rappeler les mots nécessaires à l'expression de nos pensées.

A la vérité, nous ne nous servons pas indifféremment et également de tous ces centres. Par suite de dispositions natives ou de perfectionnements éducatifs, un des centres devient prédominant, et c'est à lui que nous nous adressons tout d'abord quand nous voulons évoquer un mot (1). Ce centre favori, plus actif, plus alerte, plus perfectionné que les autres, n'est pas le même chez tous les individus. Chez les uns c'est le centre visuel, chez les autres l'auditif ou les moteurs. Néanmoins sa prépondérance n'est jamais que relative. A son défaut, les images accumulées dans les autres centres peuvent émerger et remplacer celles qui ne proviennent plus du centre favori ; de telle sorte que, chez tous les sujets on peut reconnaître dans le mot les quatre éléments fondamentaux, l'image commémorative auditive, l'image visuelle, l'image motrice d'articulation et l'image motrice graphique.

La perte de l'une ou de l'autre de ces images donne lieu à des phénomènes cliniques distincts : celle de l'image auditive constitue la *surdité verbale* ; celle de l'image visuelle, la *cécité verbale* ; celle de l'image motrice d'articulation, l'*aphémie* ; celle de l'image motrice graphique, l'*agraphie*. Ce sont là les quatre phénomènes essentiels de l'aphasie.

De là la division rapidement devenue classique dans notre pays de l'aphasie en :

Aphasies motrices ou d'émission	*Aphémie.* *Agraphie.*
Aphasies sensorielles ou de réception.	*Surdité verbale.* *Cécité verbale.*

Les quatre symptômes : *Aphémie*, *agraphie*, *surdité verbale*, *cécité verbale* sont, d'après Charcot, les seuls syndrômes élémentaires de l'aphasie. Isolés, ils en forment les types purs qu'on rencontre assez rarement dans la pratique, mais dont on connaît assez d'exemples précis pour que leur existence, en tant que formes pathologiques distinctes, ne puisse laisser aucun doute ; combinés ils en forment les types complexes qui sont de beaucoup les plus fréquents. L'amnésie verbale telle que l'avaient conçue Lordat et ses successeurs n'a pas, au contraire, d'existence propre ; ou pour mieux dire, il n'y a pas plus *une amnésie verbale* qu'il n'y a *une mémoire des mots*. Mais s'il n'y a pas *une mémoire* des mots et *une amnésie* des mots, il y a *des mémoires* et des *amnésies partielles*, auditives, visuelles, phonétiques et graphiques, lesquelles représentent, en quelque sorte, les premiers degrés des affections qui, lorsqu'elles sont portées au plus haut point, constituent la surdité verbale, la cécité verbale, l'aphémie et l'agraphie. « Ainsi, dit Charcot, quand l'idée étant présente on ne peut évoquer soit l'image auditive, soit l'image visuelle du mot qui doit la caractériser, on dira qu'il y a amnésie verbale auditive dans le premier cas, amnésie verbale visuelle dans le second ; mais quand les mots qu'on voit écrits ou qui résonnent à l'oreille ne sont pas reconnus, on dit qu'il y a ici surdité, là cécité verbale. On pourrait, suivant le même principe, dire qu'il y a amnésie motrice verbale, etc. » (1).

Charcot ne conteste donc pas absolument l'intervention possible de certains troubles de la mémoire dans la production de certains cas d'aphasie. Il nie bien l'existence de l'amnésie verbale en tant qu'entité pathologique ; mais il décrit à sa place des amnésies verbales visuelles, auditives ou motrices, dont, d'ailleurs, il ne démontre pas la réalité par des exemples concrets, ce qui est fort étonnant de la part d'un savant habitué à rester d'ordinaire si rigoureusement attaché à l'observation des faits.

Quant à l'aphasie amnésique telle qu'elle était comprise par les auteurs des générations précédentes, il est évident (bien qu'il ne le dise nulle part formellement) que, dans son esprit, elle doit se dissocier, et que ses fragments doivent aller se perdre dans les quatre formes élémentaires de l'aphasie : cécité verbale, surdité verbale, aphasie ou agraphie.

Un de ses élèves les plus distingués, mon ami Ballet (2), s'est inspiré de ces idées pour la rédaction de sa très remarquable thèse d'agrégation. Il n'y consacre pas un chapitre à part à l'étude de l'aphasie amnésique. Mais, à propos de la cécité verbale, de la surdité verbale, etc., il décrit l'effacement partiel ou total des images, verbales correspondantes. L'effacement *total*, c'est la cécité des mots, la surdité des mots, etc. ; l'effacement *partiel* c'est l'amnésie visuelle verbale, l'amnésie auditive verbale, etc.

A partir de ce moment, le mot *amnésie verbale* se trouve détourné de sa signification primitive. Il indiquait auparavant la perte ou la difficulté anormale de l'évocation mentale des mots ; il signifiera désormais (tout au moins dans l'esprit de quelques savants jouissant d'une grande autorité) un affaiblissement de l'excitabilité des centres corticaux des images verbales. Au lieu de désigner un processus mental, elle s'appliquera à un simple phénomène physiologique.

(1) Voyez à ce sujet : Marie, *Revue générale de l'aphasie* in *Revue de Médecine*, 1883, p. 696.

(1) Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, T. III, p. 187-188.

(2) Ballet. — *Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie*, th. agrég. — Paris, 1886.

IV. — Quelle que soit la valeur théorique de la doctrine des amnésies verbales partielles, opposée par Charcot à celle de l'amnésie verbale totale, il est certain qu'elle ne rend pas facilement compte des cas cliniques rangés par Trousseau et ses contemporains dans le groupe des aphasies amnésiques. En effet, dans les cas purs d'aphasie amnésique, comme, par exemple, celui que je vous montrais au début de cette leçon, ce n'est pas l'une ou l'autre des images verbales qui est effacée entièrement ou en partie; c'est l'évocation des signes représentatifs des idées qui fait défaut. Quand notre malade cherche un mot qu'elle ne trouve pas, il suffit que nous lui en soufflions la première syllabe ou que nous en écrivions les premières lettres sous ses yeux pour qu'aussitôt le mot entier surgisse dans son esprit. Et quand il a surgi, ses images sensorielles et motrices sont d'une parfaite netteté. Aucune d'elles ne manque de précision ni de relief. Si les amnésies verbales n'étaient que le premier degré de la cécité ou de la surdité verbale, elles devraient se traduire cliniquement par une diminution de l'intensité des images visuelles ou auditives des mots. Au lieu de cela, nous constatons une difficulté anormale ou une impossibilité absolue d'évoquer volontairement les mots. Mais, quand ils sont retrouvés, ils apparaissent avec tout leur cortège d'images optiques, acoustiques et motrices.

Notez bien que je ne conteste pas, en principe, la possibilité de ces effacements partiels des images verbales, théoriquement admis par Charcot. Je dis seulement que, s'il y a des amnésies visuelles auditives et motrices des mots, au sens indiqué par mon très regretté maître, — ce qui n'est pas encore sûrement démontré — ces amnésies partielles doivent donner lieu à des syndromes autres que celui qui caractérise l'aphasie amnésique et j'affirme qu'il est impossible de se rendre compte des perturbations de la mémoire et du langage qui s'observent dans les cas d'aphasie amnésique type, en prenant pour base d'interprétation la doctrine des amnésies verbales partielles.

A plus forte raison me parait-il impossible et illogique de faire entrer d'office tous les cas d'aphasie amnésique pure dans l'un ou l'autre des quatre groupes aujourd'hui classiques de l'aphasie. C'est pourtant ce qu'ont fait quelques observateurs. Bernard, par exemple, décrit les cas qui nous paraissent appartenir à l'aphasie amnésique dans le chapitre de sa thèse où il traite de l'aphémie. Il en fait des variétés incomplètes de l'aphasie motrice, ce qui est évidemment une erreur, car les malades atteints d'aphasie amnésique pure ne présentent aucun trouble dans l'émission du langage : ils peuvent prononcer facilement tous les mots qu'ils n'ont pas oubliés; ils peuvent répéter tous les sons articulés qu'on profère devant eux; ils peuvent, enfin, lire à haute voix sans la moindre hésitation, tandis que les aphasiques moteurs sont incapables de parler, de répéter et de lire à haute voix.

On ne peut davantage accepter l'opinion de M. Déjerine, d'après laquelle l'aphasie amnésique se confondrait absolument avec l'aphasie sensorielle. Le raisonnement sur lequel est établie cette confusion est présenté par son auteur dans les termes suivants, que je tiens à citer textuellement pour ne pas m'exposer à en altérer le sens :

« Il n'y a pas une mémoire des mots, pas plus qu'il n'y a une mémoire générale. Il y a des mémoires des mots : nous les voyons ou nous les entendons suivant que nous sommes des visuels ou des auditifs. Le malade atteint de surdité verbale a perdu la mémoire des mots parlés, mais il n'est pas atteint d'amnésie verbale, puisqu'il a conservé le souvenir des mots écrits. Ce n'est donc pas un amnésique verbal dans le sens propre du mot, et il ne l'est pas davantage que le malade atteint de cécité verbale, lequel a perdu, lui, la mémoire des mots écrits, mais a conservé la mémoire des mots parlés. Si l'on voulait conserver le mot d'amnésie verbale, il faudroit y ajouter le mot sensorielle et dire : il y a une amnésie verbale auditive, une amnésie verbale visuelle, ce qui reviendrait à dire qu'il y a des aphasies sensorielles, une cécité et une surdité des mots, ce que nous savions déjà » (1).

Cette argumentation serait inattaquable s'il était démontré que l'amnésie est la perte d'un groupe d'images sensorielles et n'est rien que cela. Alors, en effet, la cécité verbale et la surdité verbale se confondraient complètement avec l'amnésie verbale visuelle et auditive. Mais rien n'autorise à limiter ainsi arbitrairement le sens du mot amnésie. Les auteurs des générations précédentes lui donnaient une signification différente quand ils appelaient aphasie amnésique celle dans laquelle l'évocation mentale des mots est plus lente ou plus difficile qu'à l'état normal. Les faits visés par ces auteurs peuvent-ils légitimement être rangés dans le groupe nouvellement constitué de l'aphasie sensorielle? C'est là, en somme, qu'est le nœud de la question.

Or, la clinique lui donne une réponse très catégorique. La surdité et la cécité verbales pures ne s'accompagnent pas de la perte de l'évocation spontanée des mots. Le sourd verbal ne comprend plus le sens des paroles prononcées devant lui, mais il parle ; l'aveugle verbal ne comprend plus le sens des caractères graphiques, mais il tient de longues conversations avec ses interlocuteurs. La cécité et la surdité verbales n'impliquent donc pas la perte de l'évocation des mots laquelle est le caractère fondamental de l'aphasie amnésique, telle que la concevaient Lordat, Trousseau, etc. Inversement, les malades atteints d'aphasie amnésique pure ne présentent pas les symptômes caractéristiques de l'aphasie sensorielle. La malade que je vous montrais tout à l'heure comprend tout ce qu'on lui dit ; elle lit correctement à haute voix. Elle a donc autre chose que de la cécité ou de la surdité verbale. Cette autre chose, c'est un trouble de la mémoire, qui n'a rien de commun avec la perte des images sensorielles, mais qui n'en constitue pas moins, ainsi que nous le verrons plus tard, un phénomène de nature amnésique.

V. — Pour terminer l'historique de la question qui nous occupe, je dois vous dire quelques mots d'un important mémoire de M. Guido Banti (2).

M. Guido Banti admet que l'aphasie amnésique constitue une variété clinique distincte, dépendant d'une pertubation du centre auditif verbal. Quand nous pensons à un objet, dit-il en substance, nous évoquons, des centres sensoriels communs où elles se trouvent emmagasinées, les images relatives à cet objet, nous le voyons, nous le touchons, nous le goûtons, etc. Mais quand nous voulons en prononcer les noms nous avons toujours recours à la mémoire auditive verbale.

C'est par ce centre de l'audition verbale que l'enfant apprend à parler. C'est dans ce centre que doit se faire l'évocation des images sonores des mots. Il siège dans le lobe temporal, mais il s'étend jusque dans le lobule

(1) Déjerine. — *Semaine médicale*, 1894, p. 450.
(2) Guido Banti. — *Afasia e sue forme. Lo sperimentale*, T. 47, 1886.

pariétal inférieur. Selon qu'il sera altéré ou détruit dans une plus ou moins grande étendue, ou dans l'une ou l'autre de ses parties, il y aura de l'amnésie verbale pure, de la surdité verbale pure ou une combinaison de ces deux groupes de symptômes. La surdité verbale pure surviendra si le centre est détruit dans sa partie la plus active, dans celle qui reçoit les conducteurs des impressions sensitives. L'amnésie verbale pure sera, au contraire, le résultat de l'altération des parties périphériques du centre auditif verbal, de celles par lesquelles il se met en rapport avec les centres idéogènes et plus particulièrement de la portion qui s'étale dans la lobule pariétal inférieur. En résumé, si l'amnésie verbale ne constitue pas une forme élémentaire de l'aphasie, puisqu'elle dépend de lésions de la sphère auditive, elle représente cependant une variété clinique bien distincte, puisqu'elle peut être tout à fait indépendante de la surdité verbale. Au fond elle résulterait de la rupture des communications entre les centres idéogènes et le centre auditif verbal.

Il y a dans cette façon de comprendre l'aphasie amnésique deux constatations de faits que nous devons retenir et un postulatum psychologique que nous ne pouvons pas considérer comme démontré. Les faits à retenir sont : 1° Que l'amnésie verbale n'est pas nécessairement liée à la surdité des mots ; 2° que les lésions qui donnent lieu à l'aphasie amnésique siègent habituellement dans la région du lobule pariétal inférieur. Le postulatum psychologique c'est que l'évocation mentale des mots se ferait toujours et exclusivement par le centre auditif verbal. Or ce postulatum n'est pas du tout démontré par l'observation clinique puisque les malades atteints de surdité verbale complète peuvent encore parler et qu'ils ne le pourraient certainement plus si l'évocation mentale des mots se faisait exclusivement dans ou par le centre auditif verbal.

De cet aperçu historique que j'ai essayé de rendre aussi clair que je l'ai pu, vous avez dû retirer l'impression que les controverses qui se sont produites dans ces dernières années au sujet des rapports de l'amnésie et de l'aphasie reposent exclusivement sur des divergences doctrinales. On a repoussé la conception de l'aphasie amnésique, non pas parce que les faits cliniques visés par les anciens étaient mal observés, mais parce que la doctrine de l'amnésie verbale, telle que l'avaient comprise nos prédécesseurs, ne paraissait pas conciliable avec l'idée nouvelle de la multiplicité des centres d'images sensorielles des mots. On a commis là, ce me semble, une faute et une erreur. Une faute parce que l'on ne doit jamais sacrifier l'observation à la théorie ; une erreur parce que rien ne prouve qu'il y ait une opposition irréductible entre les faits cliniques appartenant à l'aphasie amnésique et la doctrine moderne de la psychologie du langage. J'espère même vous montrer dans la prochaine leçon que, sans rien abandonner des progrès récemment réalisés dans le domaine de la physiologie de l'esprit, l'étude attentive des diverses variétés d'amnésie et de leurs rapports avec les troubles du langage, conduit tout naturellement à conserver une place à part à l'aphasie amnésique dans la classification générale des syndromes aphasiques.

École de Médecine d'Alger. — [illegible] 30 novembre 1898 devant l'École de Médecine d'Alger, pour l'emploi de chef des travaux de physique et de chimie à ladite École. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La Prostitution en France.

LES RÉFORMES DE M. BÉRENGER (*suite et fin*) (1).

ÉPURATION DES MOEURS PAR LA RÉPRESSION DE LA LICENCE DES PUBLICATIONS ET DES THÉATRES.

De la Police des mœurs à la Censure des mœurs. — Seconde partie des réformes de M. Bérenger.

Par le Dr FIAUX.

III. — *Conclusion. — Erreurs diverses de M. Bérenger sur l'action de la littérature. — Inversion :* QUID MORES SINE LEGIBUS? — *Encore un mot sur la presse, le théâtre, la chanson et le livre — Le calvinisme littéraire et moral de M. Bérenger.*

Depuis les discussions mémorables soulevées par Jules Simon, Jules Ferry et Paul Bert au sujet de l'enseignement moral, lors de la fondation de notre établissement scolaire, M. Bérenger est le premier homme politique qui, dans le Parlement, se soit occupé de morale publique. Nous sommes loin de l'en blâmer. Evidemment il y avait des observations à présenter sur la psychologie littéraire dans le temps présent, et tout, dans cette partie de l'œuvre de M. Bérenger n'est pas à dédaigner ou à critiquer. Mais M. Bérenger a oublié que la liberté ne profite pas qu'à la licence et il s'est trop arrêté aux menus faits, aux incidents en surface, aux apparences, aux causes de troisième et quatrième rang.

C'est en effet à proprement parler tout un monde que soulève M. Bérenger, s'il faut entendre qu'il a voulu mettre en discussion — mais y a-t-il songé? — cette très grosse, très ancienne et toujours actuelle question de l'influence de la littérature et des arts sur les mœurs des nations. Quand un tel problème est soulevé on s'attend à la proposition de réformes dans les institutions, à l'exposé d'un plan d'éducation de la conscience populaire, à une grande leçon de morale nationale à l'usage d'une république, d'une société qui cherchent à s'asseoir sur des règles positives. Qu'a-t-on entendu au lieu de cela ? des critiques de détail, des récriminations plus aigres que raisonnées. Qu'a-t-on proposé ? de vieux remèdes discrédités, des moyens de répression connus, des petits palliatifs, la suppression de textes qui sont censés annuler l'action de la loi et l'addition de textes qui la renforceraient. Simpliste et juriste, M. Bérenger conclut par des expédients judiciaires. *Quid mores sine legibus ?* s'écrierait volontiers notre sénateur : une nation n'a point de mœurs quand elle n'a point de lois qui l'y contraignent. S'il ne le dit pas précisément, ni en français, ni en latin, c'est à quoi cependant M. Bérenger fait au fond aboutir toute sa sociologie morale.

M. Bérenger a l'intuition des questions à soulever, mais il n'a ni le calme, ni la patience, ni la mesure, ni l'à-propos, ni le haut esprit politique et littéraire, ni la suite d'études nécessaires pour les résoudre. Ses propositions font plus penser les autres qu'elles ne semblent le faire penser lui-même. Il ne va pas au fond des choses. Ici il y avait des raisons profondes à dégager à propos de certaines pages de cette littérature contemporaine qui offusquent parfois de moins sévères que M. Bérenger. C'était la mentalité même de notre nation qu'il fallait éclairer telle que l'ont faite la terre de France,

(1) V. *Progrès médical* des 30 novembre, 14 décembre 1897 et 16 et 23 avril 1898.

notre tempérament, notre histoire séculaire et surtout notre histoire actuelle; c'était avant tout le régime gouvernemental immédiatement antérieur qu'il fallait viser et ces terribles événements d'il y a tantôt trente ans où la France s'est effondrée, où sa jeunesse contemporaine n'a trouvé peut-être que des souvenirs d'accablement.

M. Bérenger s'attaque à la presse comme cause de démoralisation : il ne voit pas que la presse transformée loin de créer un esprit public, n'est que l'expression de l'esprit public même. Chose intéressante et qui lui a échappé, il n'a pas compris que le suffrage universel avait eu sur la nation une action moins puissante que la généralisation des éléments de l'instruction au point de vue du choix des lectures. Le suffrage universel, en donnant à tous une existence et un intérêt dans la chose publique, n'a pas multiplié les curiosités sérieuses, ni les études politiques. L'instruction élémentaire obligatoire, au contraire, a fait surgir des catégories innombrables de lecteurs et de lectrices qui, médiocrement intéressés aux affaires, mettent à profit leurs petites études d'enfance et de prime jeunesse pour chercher amusement et distraction au papier imprimé. C'est à cette masse de public que les industriels de la presse et de la librairie, l'intelligence encore aiguisée par la cupidité, ont vite répondu. Ainsi, loin de voir se multiplier, comme on aurait pu l'espérer, par la propre vertu de l'universalisation du suffrage, les feuilles avant tout politiques, ce sont les feuilles littéraires, romanesques, à nouvelles, à contes, à informations mondaines et demi-mondaines, à historiettes coulissières et boulevardières, que nous avons vues pulluler de toutes parts. Ce phénomène est surtout frappant depuis que l'opinion, désormais sans inquiétude sur l'existence de la forme républicaine, n'a plus eu le souci quotidien de la défense du gouvernement légal du pays. Nous ne faisons qu'indiquer ici un des aspects de la question de la presse si légèrement effleurée par M. Bérenger. Mais une inévitable conséquence en découle : c'est moins la presse qu'il faut réformer que l'esprit public qu'il faut former par les premiers enseignements.

Quand M. Bérenger accuse le théâtre d'être une cause de corruption, on se voit bien contraint également de lui demander ce qu'il veut que les historiens dramatiques des mœurs mettent sur la scène. C'est avant tout les mœurs contemporaines qu'il faut jouer aux fils électriques de la rampe si l'on veut intéresser la foule : bien que les passions du commun des hommes et des personnages historiques soient identiquement les mêmes, ce n'est guère avec le vieil appareil des tragédies — sauf peut-être celles de Corneille et de Racine — qu'on peut remplir des salles de spectacle; la fable antique éloigne même les demi-lettrés; seuls le costume, la langue, l'allure, les intrigues, les besoins, en un mot les mœurs des contemporains intéressent les contemporains.

Térence il y a deux mille cinq cents ans, Molière il y a deux siècles n'ont pas compris autrement le théâtre et n'y auraient pas trouvé sans cela un applaudissement immortel. Quel théâtre veut donc M. Bérenger? Quelle est sa conception des spectacles publics? Les blâme-t-il en principe? Veut-il rééditer avec préface nouvelle la lettre de Jean-Jacques à d'Alembert? Il demande la liberté du sifflet (1); cette réserve est trop juste, mais encore qu'il dise ce qu'il veut siffler; d'ailleurs siffler ce n'est pas interdire. Il s'élève ainsi entre autres griefs contre la peinture de l'adultère sur les planches; il voit là, même après l'agonie de l'épouse, de la mère coupable, un exemple mauvais. Est-ce là tout son argument? mais il traîne, cet argument, dans tous les plaidoyers contre la comédie que leur ridicule même a fait vivre jusqu'à nous.

C'est au vrai l'argument contre l'existence du théâtre.

C'est lui que les prédécesseurs de M. Bérenger ont soulevé contre Molière, parce qu'il a fait rire des pères avares volés par leurs fils, des époux-paysans trompés par leur femme-demoiselle, des bourgeois-gentilshommes, dupés par d'authentiques gentilshommes fripons, de la vertu enfin ridiculisée par les outrances du *Misanthrope*. C'est ce même argument qu'il ont jeté à la tête de Racine à propos de sa *Phèdre*, sous prétexte que le spectateur en arrive au cinquième acte à plaindre une femme incestueuse; à la tête de Voltaire quand il écrivait *Catilina* et *Mahomet*, parce que ces deux « infâmes » étaient plus intéressants que Zopire et Cicéron.

Et, pour tout dire enfin, c'est avec ce même argument que Chapelain, au nom de l'Académie, cherchait à provoquer la clameur publique contre Corneille, son *Cid* et sa Chimène, quand il écrivait : « La bienséance y manque en beaucoup de lieux... » ; et ailleurs : « Nous maintenons que toutes les vérités ne sont pas bonnes pour le théâtre et qu'il en est de quelques-unes comme de ces crimes énormes dont les juges font brûler les procès avec les criminels ». M. Bérenger sait que l'opinion publique a cassé l'arrêt de blâme que voulaient lui arracher les... Sénateurs de 1636 et qu'ils durent se résoudre à émettre seuls. Le théâtre a vécu et toujours vivra; il continuera à peindre les hautes et basses passions, et c'est précisément parce qu'il est de compréhension accessible et facile qu'il peut provoquer à travers les foules la discussion de toutes les idées qu'un politique doit répéter avec Voltaire :

Le théâtre instruit mieux que ne fait un gros livre (1).

Les lourds pavés que M. Bérenger a roulés enfin pour faire une barricade sur le chemin de la chanson ou pour lapider les chansonniers, ne serviront guère chez une nation comme la nôtre qu'à leur faire meilleure route. Se peut-il que M. Bérenger usurpant le rôle de l'inoublié Marchangy, s'insurge ainsi contre cette forme de la poésie populaire dans le pays de celui qui reste son illustre homonyme... à une lettre près. Le succès de la chanson de café-concert et de cabaret artistique est né d'une foule d'excellentes raisons, de la niaiserie des vaudevilles, de la spirituelle gaité musicale des opéras bouffes, du prix exorbitant des places de théâtres, de la longueur malhonnête des entr'actes, etc. Beaucoup de Parisiens ont préféré entendre une bonne chanson qu'un long et sot vaudeville rempli de jeux de scène connus et de bons mots nouveaux réédités tous les dix ans : ils se sont dit que si, sur dix chansons, ils en entendaient une bonne, ils n'avaient pas perdu leur argent. Une chanson bien faite est comme un sonnet bien fait qui vaut un long poème; c'est une petite revue, une petite comédie, une agréable miniature scénique; elle se prête à tous les genres, dramatique, patriotique, comique, aristophanesque. Tonner contre la chanson en plein Paris! Mais il n'est pas un Parisien qui ne se sente assez d'intelligence littéraire pour applaudir la même semaine Mounet-Sully, Barthet ou Bernhart et une

(1) Séance du 8 avril 1897.

(1) Contes en vers. *Les Trois Manières.*

fine diseuse de café-concert, et répéter en l'accommodant à son cas le mot de Chrémès : « Je suis de Paris et rien de ce qui est parisien ne me laisse indifférent. » L'ancien gouvernement de France était une monarchie absolue, tempérée par les chansons; acceptons que la chanson puisse censurer et égayer une république parlementaire sans qu'il faille faire veiller nuit et jour pour un refrain trop vif, les censeurs de la rue de Valois et les inspecteurs de la Préfecture de Police ! Oui, que M. Bérenger se souvienne de Béranger ! C'était en 1821, en 1828, un peu toutes les années de la Restauration, les... Sénateurs de la Légitimité réclamaient, eux aussi, des juges correctionnels contre les chansonniers ; Béranger répliqua par sa *Faridondaine* ou la *Conspiration des chansons* sous forme de conseils à un agent du prédécesseur un peu lointain de M. Blanc ! On pourrait, sans y rien changer, chanter à M. Bérenger la chanson de Béranger :

Surtout transforme avec éclat
La Faridondaine
En crime d'Etat.
Donnons des juges sans jury
Biribi
A la façon de barbari,
Mon ami.
Si l'on ne prend garde aux chansons,
L'anarchie est certaine,
La Faridondaine,
La Faridondon !

Plus peut-être que son hostilité contre la presse, le théâtre et la chanson, la violence tenace de M. Bérenger contre le livre étonne encore. S'il était dans ce débat une question qu'il dût aborder avec prudence, c'était assurément celle-là, après l'incroyable bourde qu'il avait commise en juillet 1893, en intentant pour outrage à la pudeur un procès à l'éditeur scientifique Carré à propos de la publication d'un livre de pathologie nerveuse. On se rappelle cette aberration plus scandaleuse que les aberrations de psychopathie sexuelle étudiées dans ce livre même par le Dr A. Moll, le professeur Krafft-Ebing et les deux traducteurs français, les Drs Romme et Pactet, ce dernier chef de clinique de la Faculté de Paris. Etranger — ou du moins paraissant l'être — à toute littérature scientifique, et particulièrement à cette branche de la science biologique qui traite de la valeur des signes tirés de l'examen de l'organe et de la fonction sexuels au point de vue de l'anthropologie normale et de l'ethnologie, des maladies du système nerveux et de la criminalité, M. Bérenger avait d'emblée conclu que les médecins qui s'occupent de cette région et de ce syndrome sont mûrs pour la justice des tribunaux ! Avec les auteurs qu'il poursuivait, nous pouvons lui signaler d'autres coupables : les travaux de Bourneville, de Sollier, de Magnan, de Charcot père, de Féré, de Brissaud, de Capitan, de Moreau, de Paul Garnier, de Louet, de E. Laurent, de bien d'autres encore méritent les foudres de son attention : s'il veut y ajouter les descriptions célèbres de Cœlius Aurelianus et d'Arétée, il sera édifié mieux encore. Vainement dans ce grotesque procès, des professeurs de la Faculté de médecine, des médecins des hôpitaux, des savants comme MM. Gley et Gilbert-Ballet, des collègues de M. Bérenger à l'Institut, comme M. Brouardel, l avaient averti de son erreur ; vainement l'acquittement de l'éditeur Carré l'invitait à la circonspection; on a vu qu'il n'avait rien moins fallu que le *veto* formel du garde des sceaux pour que le livre, tous les livres ne fussent point désormais exposés au sort de ce livre de médecine ! On conviendra que si un homme de la valeur intellectuelle de M. Bérenger a pu se rendre capable ou coupable d'une telle bévue, il était nécessaire d'empêcher un personnage moins qualifié, magistrat ou partie plaignante, de la renouveler pour son propre compte avec la facilité qu'eût donnée un plus dangereux texte de loi.

Ainsi M. Bérenger, pour donner à ces débats toute leur ampleur et leur force, devait joindre aux expédients législatifs qu'il proposait dans un but de protection immédiate, des remèdes d'une action plus lointaine et plus profonde. Mais il n'avait pas vu les lacunes où elles étaient : ce n'était pas dans l'insuffisance des textes répressifs qu'il fallait les chercher, c'était dans l'état d'esprit d'une nation déjà étourdie par le second empire, puis effroyablement éprouvée par la destitution de son haut rang en Europe, désemparée, ne trouvant pas dans les exemples venus de ses chefs les bons modèles à suivre ou du moins à approuver. C'était surtout dans les générations nées à la vie intellectuelle et publique depuis la fondation de la république qu'il fallait envisager une orientation inquiétante. L'empire avait fait sentir à leurs devanciers l'étouffement et le danger du pouvoir personnel; il les avait trempés du moins en les forçant à lui résister; 1830 et 1848 avaient encore des représentants honorés et vivaces qu'on pouvait écouter; quelque lamentables qu'eussent été les défaites de 1870 et la guerre civile de 1871, les devanciers y avaient encore trouvé le réconfort viril des batailles. Les jeunes générations contemporaines n'ont rien connu de tout cela : elles paraissent redouter la plénitude de la liberté politique et, par l'habituel effet de cette réaction, elles semblent priser fort toutes les autres libertés, au premier rang l'extrême liberté littéraire. Il est peu probable que ce soient les lois de M. Bérenger qui la fassent reculer sur le terrain choisi et abandonner et doctrine et drapeau littéraires. Il n'était cependant pas impossible, au sein même d'une terne et nécessaire paix enfermée entre les douleurs d'un passé accablant et les menaces d'un avenir périlleux, de dégager — mais sans enflure — un idéal de pensée, de foi et d'action qui eût donné une âme forte et joyeuse à la jeune patrie.

En toutes ces matières, comme dans la question spéciale qu'il traitait il y a deux ans, M. Bérenger a suivi en s'y abandonnant avec une sorte de passion l'inclination de son tempérament. M. Bérenger va les yeux fermés, les oreilles bouchées, ne se souciant ni des objections, ni des raisons, ni du ridicule (1) ; sa moralité a des débordements auxquels il ne prend nulle garde; il n'a ni l'âme, ni l'esprit de son temps ; il forme une sorte d'exception singulière, dangereuse ou inutile par son excès même ; il a fatigué par sa dernière agitation jusqu'à certains de ses meilleurs amis ; il a excédé l'opinion. On dirait une silhouette d'inquisiteur gesticulant, démodée et perdue à travers un monde ébahi et ne comprenant pas. Un publiciste genevois nous disait : « Il y a du Calvin dans M. Bérenger. » Soit ; mais le Paris de la fin du XIXe siècle n'est pas le Genève de 1553. Le promoteur de la bienfaisante législation du sursis à l'application des peines devait à son pays de penser plus à fond, et de légiférer mieux.

(1) Témoin sa toute dernière proposition qui [illegible] à l'indignation publique et réclame la destruction des [illegible] boîtes d'allumettes pour fumeurs parce que les vignettes [illegible] décolletées. Ce dernier trait a valu à M. Bérenger [illegible] de M. Ed. Hervé, son collègue à l'Institut, les reproches [illegible] de vertu, de rigorisme à l'excès, des [illegible] comparaisons avec « Tartufe » qui [illegible] le sens [illegible] l'« hypnotisé des Américains » qui [illegible] des *Misérables* de Victor Hugo (16 octobre 189[illegible]).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Tube digestif et rayons X : procédé Boas et Levy-Dorn.

En 1896, à propos de nos recherches sur la *Gastrodiaphanie* (1), nous écrivions : « L'exploration lumineuse de l'appareil digestif et de l'estomac en particulier n'a pas encore bénéficié de l'heureuse application de Rœntgen à la découverte des lésions osseuses et des corps étrangers opaques. » En 1897, même constatation (2). Mais cette année-ci notre assertion n'est plus la même, car nous avons à enregistrer les tentatives de *Boas* et *Levy-Dorn* (3), pour explorer l'estomac et l'intestin à l'aide des rayons X, et apprécier, par exemple, les modifications pyloriques, et probablement aussi les changements survenus dans la lumière de l'intestin.

Principe de la méthode. — Il consiste essentiellement à remplir des capsules de gélatine avec une substance qui soit le moins pénétrable possible par les rayons X, et à enduire ces capsules d'un corps insoluble dans le canal digestif.

Technique du procédé. — Les essais de Boas et Levy-Dorn furent faits avec des capsules de gélatine, longues de 2 centim. 1/4 et d'une épaisseur de 1 centim. 1/4, enduites de celluloïd, et remplies avec du bismuth complètement pur d'arsenic. Pour la recherche plus facile des capsules dans les fèces, elles furent teintes d'une couleur non toxique d'aniline. Poids d'une capsule : 12 grammes.

Chez les patients dont l'abdomen n'est pas trop adipeux, on reconnait facilement les capsules, au manque de fluorescence, et on en peut suivre l'évolution par des examens successifs. Pour cela, il est nécessaire de courants à haute tension et de rayons puissants.

Dans la plupart de leurs expériences, les auteurs retrouvèrent la capsule avalée, dans la grande courbure de l'estomac ou dans l'intestin grêle, près du cæcum. Ils constatèrent un parcours si rapide de la capsule dans le canal digestif, que pour en établir le siège, il faut plusieurs essais. Quand le pylore est rétréci, la capsule demeure toute une journée dans le cul-de-sac prépylorique. En l'absence de tout rétrécissement, on la retrouve dans les fèces, entre 2 et 6 jours.

Conclusions. — Le procédé Boas et Levy-Dorn nous semble évidemment devoir être perfectionné, car il est encore long et peu commode. D'autre part, en cas de perfection, la méthode ne répondrait qu'à une partie du problème, et ne serait encore qu'un auxiliaire relatif, peut-être décisif dans quelques rares cas, pour le diagnostic de certaines affections gastro-intestinales. L'idéal à poursuivre consiste à voir, par les rayons X, l'estomac et l'intestin dans leur ensemble. Dans l'attente de cette réalisation, la tentative que nous signalons n'en paraît pas moins digne de remarque : elle indique un effort et peut rendre quelques services, en même temps qu'elle permet d'espérer en des résultats plus complets.

Paul CORNET.

(1) Sur l'éclairage électrique de l'estomac. (Revue internationale [illegible], août et septembre 1896.)
(2) Sur l'éclairage électrique de l'estomac. (Progrès Médical, 13 novembre 1897.)
(3) Zur Diagnostik von Magen- und Darmkrankheiten mittelst Röntgenstrahlen. (*D. med. Woch.* 13 janvier 1898.)

Projets d'amenée d'eau : profondeur des conduites.

Beaucoup de nos confrères sont appelés en qualité de membres de commissions cantonales d'hygiène, ou comme membres des conseils d'hygiène, à donner des avis sur des projets d'assainissement, entre autres sur les égouts et les projets d'amenée d'eau de sources. Les questionnaires qui leur sont soumis ne peuvent pas comprendre tous les points de détail. C'est ainsi qu'on oublie souvent de préciser à quelle profondeur doivent être placées les conduites d'amenée d'eau, ou les conduites de distribution.

Dans un projet relatif à la commune de Chalançon (Ardèche), nous trouvons une modification réclamée par le Conseil d'hygiène de Tournon, concernant ce dernier point. Ce conseil a demandé « que les conduites soient placées à 1 m. 20 de profondeur au lieu de 80 centimètres, afin d'éviter la gelée en hiver, et de maintenir une certaine fraîcheur en été. » On ne peut qu'approuver cette réclamation. Il serait à désirer que le Comité consultatif d'hygiène de France fixât la profondeur à laquelle doivent être placées les conduites d'amenée d'eau de source, en tenant compte, bien entendu, de la zone climatérique. B.

Notre ami, le Dr Marcel BAUDOUIN ayant pris la direction de la *Gazette médicale* de Paris, s'est trouvé dans l'obligation d'abandonner le poste de secrétaire de la rédaction du *Progrès médical* qu'il occupait depuis plus de douze ans.

M. le Dr J. NOIR, collaborateur du *Progrès médical*, a bien voulu prendre la succession de M. Baudouin, et nous espérons que nos lecteurs reporteront volontiers sur lui toute la bienveillance qu'ils ont témoignée à son prédécesseur. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 14 mai. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHARD.

M. Ch. PHILIPPE a étudié avec M. DENOLY, au laboratoire de M. le Pr Raymond à la Salpêtrière, *l'état de la corticalité du cerveau dans le tabes dorsal.* On a attribué un grand rôle aux lésions présumées de l'écorce dans l'explication des signes cliniques du tabes. Les auteurs, en employant la méthode de Weigert-Pal, ont pu constater que les fibres nerveuses myéliniques intra-corticales restent intactes durant toute l'évolution du tabes, elles ne peuvent donc jouer un rôle dans la séméiologie. Leur conservation contraste même beaucoup avec ce que l'on observe dans la paralysie générale, où elles disparaissent presque complètement.

M. DE GOTHARD a recherché, au laboratoire de la Salpêtrière, *une simplification de la méthode de coloration de Nissl* pour les cellules nerveuses. Il propose comme liquide décolorant le mélange suivant :

Huile de cajeput.	40 cc.
Xylol.	50 —
Créosote.	50 —
Alcool.	160 —

Ce liquide décolorant, employé après un premier lavage à l'alcool, a donné de très bons résultats à l'auteur.

MM. SELLIER et VERGER ont procédé à des *destructions de la couche optique* au moyen de l'électrolyse bi-polaire qui permet d'éviter les lésions de l'écorce cérébrale et ils ont constaté que ces lésions provoquaient surtout des troubles de la vision et du toucher.

M. HANRIOT communique le résultat de recherches géné-

rales sur le *sucre du sang*. Ce sucre est du glucose; mais il existe à côté de lui, dans le sang, des substances qui jouissent du même pouvoir réducteur que lui vis-à-vis de la liqueur de Fehling. Ces substances se rencontrent surtout dans les urines des femmes en couches, qui réduisent la liqueur sans être sucrées. L'auteur pense que l'une au moins de ces substances peut être l'aldéhyde salicylique.

MM. Courmont et Doz adressent une note sur l'*incubation dans l'intoxication tétanique*.

M. Siedlecki décrit le cycle évolutif d'une *coccidie parasite de l'octopus*.

M. Bardier a constaté que le *sérum d'anguilles possédait une action toxique sur le cœur du lapin*; il provoque, en effet, le ralentissement de l'organe et l'arythmie.

M. Durante décrit un cas de *lésion congénitale systématisée des faisceaux de Goll* qui, chez un enfant nouveau-né, étaient privés de la moitié de leurs fibres myéliniques, sans que la pathogénie de cette affection put être établie.

A. P.

Séance du 21 *mai* 1898. — Présidence de M. Bouchard.

M. Gley a recherché la *distribution de l'iode dans les différents tissus*. Pour le corps thyroïde et les glandules thyroïdiennes il a déjà donné les dosages de ce corps. Aujourd'hui il complète cette étude. L'iode a été retrouvé dans le foie, la rate, et dans le sang. Dans ce dernier liquide il se rencontre à la dose de 1 m.m.g. par litre environ. Il est contenu dans le caillot et non dans le sérum. L'iode du corps thyroïde paraît provenir du sang et être introduit dans l'économie par l'alimentation, car on ne le trouve pas dans le corps thyroïde des embryons et des nouveau-nés.

M. Weiss a étudié l'*action de la vératrine* sur les fibres musculaires blanches ou rouges du lapin. Ce produit détermine une excitation très nette sur les tracés et qui peut persister, alors même que les contractions du cœur sont abolies.

M. Bedart a constaté que l'*ingestion répétée de corps thyroïde* produit chez le chien une intoxication particulière caractérisée par des troubles du système nerveux et du tremblement. Or, le traitement arsénical fait disparaître ces symptômes, alors même que le traitement thyroïdien est continué.

MM. Weinberg et Leroy des Barres rapportent une observation d'orchi-épididymite suppurée, survenue chez un adulte, à la suite d'une chute sur le périnée. Le liquide contenait le pneumo-bacille de Friedlander.

M. Lefas décrit des *lésions interstitielles et parenchymateuses du pancréas*, observées dans un cas d'urémie et qu'il attribue à l'intoxication urémique.

M. Pachon a repris l'étude de l'*action de la cocaïne sur le cœur*. Chez la grenouille, après une courte période d'arythmie on observe que l'animal meurt avec une systole ventriculaire et une diastole auriculaire. C'est donc la systole qui est le phénomène prédominant.

M. Féré a étudié l'*inversion sexuelle chez les hannetons*. Si l'on place ensemble des hannetons mâles on en voit qui insinuent leur pénis dans la gaine pénienne des autres. Ce phénomène se produit surtout quand les hannetons mâles passifs sortent d'une copulation avec le hanneton femelle. L'odeur de la femelle persistant sur le mâle expliquerait l'erreur des hannetons mâles actifs.

M. Cavalie (de Toulouse), adresse une note sur la *section du nerf intercostal chez le canard*. Si l'on coupe un seul nerf, il ne se produit aucun effet, mais si on le résèque avec le ganglion sympathique correspondant, les mouvements respiratoires sont supprimés.

M. Quinton adresse une note contredisant un travail de MM. Box et Vedel (de Montpellier) qui ont trouvé *l'eau de mer plus toxique que le sérum artificiel*. Il a fait vivre des leucocytes 24 heures dans l'eau de mer alors qu'ils ne vivent que 8 à 10 heures dans le sérum.

Elections. — M. Mesnil est élu membre de la Société de Biologie.

A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 *mai* 1898.

Syphilis de l'estomac.

M. Dieulafoy lit un travail basé sur deux observations personnelles et dont voici les conclusions : 1° La syphilis de l'estomac n'est pas aussi rare qu'on pourrait le supposer; 2° les lésions syphilitiques de l'estomac se présentent sous des formes variées : érosions hémorragiques, ecchymoses de la muqueuse, infiltration gommeuse de la sous-muqueuse, plaques gommeuses, gommes circonscrites, ulcérations gommeuses, cicatrices d'ulcères gommeux; 3° ici, comme dans toutes les pertes de substance des parois stomacales, il est probable que l'action du suc gastrique continue ce que le processus ulcéreux initial a commencé; 4° les symptômes de l'ulcération syphilitique de l'estomac peuvent rappeler tous les symptômes de l'ulcus simplex : douleurs xyphoïdienne et rachidienne, intolérance stomacale, vomissements alimentaires, grandes et petites hématémèses, melœna, amaigrissement cachectique; 5° aucun de ces symptômes ne permet d'affirmer la nature syphilitique de la lésion stomacale. Toutefois les signes de l'ulcus simplex survenant chez un syphilitique, il est permis de supposer que la lésion stomacale est elle-même syphilitique; 6° il ne faut donc jamais oublier de rechercher la syphilis dans les antécédents d'un malade atteint des symptômes de l'ulcus simplex ou de l'exulceratio simplex; 7° en pareille circonstance, le traitement doit être aussitôt institué : préparations mercurielles et iodure de potassium; 8° la notion de la syphilis, comme cause des ulcérations stomacales, est d'autant plus importante à connaître qu'elle permet de guérir des malades qu'on serait tenté de livrer à l'intervention chirurgicale.

Hypertrophie sénile de la prostate.

M. A. Guépin montre qu'on peut espérer des guérisons relatives affectant deux modalités : 1° La prostate reste quelque peu distendue par les sécrétions infectées et stagnantes, la sclérose périglandulaire s'opposant à la réparation complète des lésions. Le malade urine seul, vaque à ses occupations, évacue et lave sa vessie, où stagne l'urine, une fois tous les jours et souvent moins. Mais il est exposé sans cesse aux petits et aux grands accidents de l'infection : orchite, prostatite, foyer infectieux prostato-génital; 2° la prostate est transformée en tissu scléreux. La rétention d'urine est absolue; le cathétérisme, indispensable, est souvent difficile à cause du volume de l'organe et de ses déformations. Mais il n'y a pas d'excitation vésicale (fausse cystite), peu d'accidents infectieux locaux et généraux. La survie est souvent longue, dans de bonnes conditions. En résumé, on ne saurait entreprendre de trop bonne heure le traitement curatif de l'hypertrophie sénile de la prostate. Les interventions sérieuses dans leurs conséquences, parfois conseillées, ont tout au plus une action palliative ; il faut les réserver pour des cas exceptionnels.

Etiologie de la chorée.

M. Moncorvo regarde la chorée comme le résultat de l'infection rhumatismale frappant l'axe cérébro-spinal chez un sujet prédisposé par le nervosisme. Il insiste sur la valeur de l'antipyrine, de l'analgésine dans le traitement.

L'ophtalmie purulente et le protargol.

M. Dariès signale la valeur du protargol à 20 ou même 50 0/0, employé en cautérisations quotidiennes dans l'ophtalmie purulente.

La stomatite diphtéroïde.

M. Rendu lit un rapport sur un travail de M. Monod : travail niant la stomatite diphtéroïde en tant qu'entité morbide. M. Rendu pense que cette question est très complexe et que de nombreux examens seraient nécessaires avant d'accepter cette conclusion.

De l'acétate de thalium comme antisudoral.

M. Huchard lit un rapport sur un travail de M. Combemale (de Lille) et conclut que l'acétate de thalium, en raison de l'alopécie qu'il détermine, ne doit pas prendre place dans la thérapeutique antisudorale.

Craniectomie.

S'appuyant sur une série de douze craniectiomies, M. Chipault lit un travail dont voici les conclusions : a) Dans les tumeurs intra-craniennes des méninges ou de l'encéphale, deux circonstances chirurgicales peuvent se présenter : 1° la tumeur est diagnostiquée inextirpable ; il est alors possible d'atténuer ou de supprimer les symptômes de compression encéphalique généralisée : céphalée, vomissements, vertiges, troubles visuels ; résultat essentiellement palliatif, mais qui rend moins intolérable l'existence du malade ; une résection cranienne simple, faite au voisinage de la tumeur et sans toucher à la dure-mère, suffit à l'obtenir ; 2° la tumeur est diagnostiquée extirpable : il faut alors tout risquer pour mener à bien, si l'on peut, son exérèse complète. b) Dans les méningites localisées, avec adhérences du cortex, l'intervention est susceptible de faire disparaître, non seulement les symptômes d'irritation corticale, mais encore certains symptômes de déficit, tels que les paralysies. c) Dans les affections organiques de l'encéphale infantile, d'origine traumatique ou non, la libération du cortex et l'évacuation du liquide céphalo-rachidien ont pour résultat de calmer l'irritabilité des malades et de faire disparaître leurs crises épileptiques, si intenses et si généralisées soient-elles ; elles n'ont, d'autre part, que peu ou pas d'action sur les contractures et les paralysies. Un seul de mes douze craniectomisés a chirurgicalement succombé ; cela tient, à n'en pas douter, à ce que, systématiquement, j'ai pratiqué ces interventions en deux ou même trois séances, à quelques jours d'intervalle.

Elections.

Election d'un associé national. — Nombre de votants, 65 ; majorité, 33. Ont obtenu : MM. Ehrmann (de Mulhouse), 58 voix (élu) ; Delore (de Lyon), 5 voix ; Poulet (de Montpellier), 1 voix ; bulletin blanc, 1.

Commission des membres associés libres. — MM. Colin, Brouardel, Labbé, Budin, Mégnin, Robin, Duclaux, Perrier.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 mai 1898. — Présidence de M. Berger.

M. le Président annonce la mort du Dr Desanneaux (d'Angers).

Psychoses post-opératoires.

M. Nimier apporte à la discussion d'intéressants éléments observés dans la chirurgie de guerre. Lors de la campagne du Tonkin, il a observé plusieurs cas de psychoses passagères chez des blessés, surmenés par les fatigues de la route et les nombreuses alertes. Le paludisme semblait faciliter l'éclosion de ces accidents cérébraux. M. Nimier rapproche ces faits des cas de délire traumatique décrits par Weir Mitchell. Le centre émotionel peut être excité à ce point, chez certains combattants, qu'on voit ces blessés présenter un délire actif intense, sans se soucier de leurs blessures.

M. Berger insiste sur la nécessité de séparer des psychoses opératoires les cas où le délire est primitif et préexiste à l'opération. Celle-ci ne fait alors qu'augmenter la perturbation mentale du sujet. C'est surtout dans les cas de chirurgie faciale, dans lesquels un sujet atteint de lésions défigurantes pousse le chirurgien à l'opérer, que l'on observe un état mental particulier, qu'il importe de savoir dépister. Il s'agit parfois de véritables aliénés qui, sous l'influence d'une obsession morbide, réclament une intervention pour des accidents imaginaires. Une femme aliénée, ayant introduit des éclats de verre dans sa bouche, prétendait en avoir avalé. Elle accusait une douleur épigastrique si intense que l'on fit une incision pour aller explorer l'estomac qui ne contenait rien. Il ne fallut d'ailleurs rien de plus pour guérir la malade et faire cesser ses plaintes. Mais il est rare que l'opération chez les aliénés ait un résultat si heureux ; elle ne fait le plus souvent qu'augmenter les idées délirantes. Témoin le cas d'une aliénée qui prétendait avoir avalé un lézard qui lui dévorait les entrailles. Une incision fut faite dans un but de suggestion. Mais alors, cette folle s'imagina que l'animal avait fait des petits ! En ce qui concerne les psychoses post-opératoires, il faut laisser de côté les accidents cérébraux d'ordre déterminé, tels que ceux qui relèvent de l'intoxication ou de l'infection. Parmi les troubles réellement causés par l'opération, il faut mettre à part certaines manifestations hypodermiques qui se montrent assez tard dans la convalescence de grandes opérations et qui disparaissent une fois la convalescence terminée.

M. Berger n'a observé que trois cas bien caractérisés de démence survenus après des opérations. L'acte opératoire agit comme le ferait toute secousse morale sur un cerveau prédisposé.

Traitement des suppurations pelviennes.

M. Quénu combat l'opinion de M. Monod, tendant à instituer l'incision du cul-de-sac postérieur, comme traitement de choix des collections purulentes. Bien que les avantages de ce traitement soient reconnus de tous, et que M. Quénu y ait aussi recours, il est certain que l'incision vaginale est une opération d'attente, très utile pour procurer un soulagement immédiat, mais rarement suffisante pour assurer une guérison complète. Il faut en arriver un jour ou l'autre, à l'extirpation de la poche. Et l'incision a souvent pour résultat de créer des adhérences qui rendent plus difficile l'ablation ultérieure. La méthode de Laroyenne est donc insuffisante le plus souvent et ne convient qu'à certaines collections périsalpingiennes, voisines du vagin.

M. Ricard est du même avis. L'incision vaginale est le procédé de choix dans certains cas, mais est rarement suffisante. C'est souvent un bon moyen de préparer la malade à l'hystérectomie. L'incision vaginale améliore beaucoup l'état de la malade, mais souvent celle-ci reste souffrante, s'infecte et une opération plus radicale devient nécessaire.

Suppléance du tibia par le péroné.

M. Poirier montre les radiographies d'un enfant, opéré il y a 3 ans. Le tibia, détruit par l'ostéomyélite, dut être enlevé en grande partie et M. Poirier transposa la diaphyse péronière à la place qu'occupait la diaphyse tibiale, espérant que le péroné viendrait à prendre par le fait de ces nouvelles fonctions un développement qui lui permît de suppléer à l'absence du tibia. L'événement a justifié ses prévisions et les radiographies prises d'année en année montrent l'hypertrophie progressive du péroné, ainsi substitué au tibia.

Nouveau procédé d'hystérectomie vaginale.

M. Tuffier décrit un procédé qui consiste à assurer une hémostase parfaite sans pinces à demeure, au moyen d'un instrument angiotube, dont les mors saisissent les deux ligaments larges à leur bord utérin. L'instrument est appliqué quand l'utérus est abaissé à la vulve, et il est retiré de suite. L'hémostase est parfaite, les suites sont très simples. On place des mèches de gaze. Dans un seul cas sur 23, il se fit un suintement sanguin ; le sang d'ailleurs venait du vagin. Ce procédé donne donc une sécurité parfaite.

Anévrisme poplité guéri par l'ablation avec ligature des troncs artériels.

M. Beurnier a opéré avec succès un gros anévrisme poplité par l'extirpation et la ligature des deux bouts de l'artère. Le bout supérieur, très petit, fut difficile à trouver et à atteindre, car il fallut remonter près de l'anneau du troisième adducteur.

Traitement des tuberculoses locales par injections d'éther iodoformé.

M. Kirmisson présente une petite fille atteinte d'arthrite fongueuse du genou. Il existait chez elle un abcès froid articulaire énorme. Elle a été traitée par la ponction suivie d'in-

jection d'éther iodoformé et aujourd'hui la guérison semble presque assurée. — M. POIRIER croit que la guérison n'est pas prouvée, car le condyle est encore gros. — M. BERGER, partisan du traitement conservateur, pense que l'abcès est tari, mais non guéri, et que l'immobilisation est à continuer encore longtemps.

Ictère chronique par obstruction des voies biliaires.

M. QUÉNU présente un malade qui présentait de l'ictère chronique. M. Quénu l'opéra pensant à un calcul du cholédoque, mais on ne trouva absolument rien. La vésicule était distendue par un liquide qui n'était pas de la bile ; elle fut abouchée à l'estomac. Depuis l'opération, l'ictère a disparu et le malade jouit d'une santé parfaite.

Corps étranger de l'estomac.

M. REYNIER montre un pinceau qu'il a retiré de l'estomac par la laparotomie. Le malade l'avait avalé en se badigeonnant la gorge.

Coxa-Vara.

M. KIRMISSON montre la radiographie d'un cas de coxa-vara, affection caractérisée par une incurvation non rachitique du col du fémur, en sens inverse de l'incurvation normale.

P. RELLAY.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 19 mai 1898. — PRÉSIDENCE DE M. G. HERVÉ.

M. ANTONI a *disséqué un jeune orang-outang* et donne le résultat des comparaisons qu'il a faites entre ses organes viscéraux et ceux de l'homme. L'orang n'est assurément ni un bipède, ni un quadrupède ; c'est un animal grimpeur et à terre, c'est le plus gauche et le plus désarmé des anthropoïdes. Cependant son anatomie ne se rapproche pas moins de celle de l'homme, car, en somme, sur les branches des arbres, encore plus qu'à terre, il se tient dans la position verticale. Ainsi, chez l'homme, le cœur, au lieu d'avoir une direction longitudinale, parallèle à l'axe du thorax, se couche obliquement sur le diaphragme sur lequel le péricarde contracte des adhérences étendues. Cette disposition était connue pour exister chez le gorille et le chimpanzé Or, elle existe chez l'orang et c'est un caractère de bipède, ou du moins d'animal à attitude verticale. Le foie de l'orang, on le savait, est aussi simple que celui de l'homme. Il présente seulement des ligaments d'attache plus développés que chez l'homme. Le poumon forme une seule masse sans scissure. Le péritoine présente d'assez grandes différenees comparé à celui de l'homme et rappelle des particularités propres aux herbivores. L'estomac est proportionnellement plus long. Le tube digestif a 4 m. 20 du cardia à l'anus. Les reins ont la même disposition que chez l'homme. Et si l'on remarque, en général, une certaine oscillation entre les caractères de bipèdes et ceux de quadrupèdes, ce n'est au total que par des dispositions secondaires plus ou moins indépendantes de l'attitude, que les viscères de l'orang diffèrent de ceux de l'homme.

Lecture est donnée d'une notice de M. GODIN sur une *naine* semblable aux nains récemment présentés, qui sont d'un type infantile, sans déchéance organique. Cette naine, née aux environs de Budapest et qui s'exhibe dans les foires, a 42 ans. Sa taille est de 99 centimètres. Comme chez les enfants, ses oreilles paraissent grandes et elles le sont d'ailleurs absolument. Sa peau est très blanche, mais comme trop grande et distendue, flasque, molle, surtout aux poignets, au cou aux genoux. De là cet aspect un peu vieillot de tous les êtres de cette catégorie, même lorsqu'ils sont tout jeunes Ses cheveux sont noirs. Ses aisselles et son pubis sont dépourvus de poils. Et il y a d'ailleurs tout lieu de croire qu'elle n'a aucun appétit sexuel et que ses fonctions génitales ne se sont pas développées. Ses mains sont larges, courtes, bien faites, et ses membres inférieurs sont assez robustes M. Godin l'a vue franchir une distance de 3 kilomètres à l'allure d'une grande personne, sans fatigue apparente. Elle a une mémoire remarquable par son étendue et sa précision. Son intelligence même est très ouverte. Elle est gaie, enjouée, a de vives reparties. Et pour ceux au milieu desquelles elle passe son existence, elle est un boute-en-train. Elle n'a donc rien de maladif dans son physique et dans son moral. C'est par là surtout que son nanisme est intéressant.

Z.

CONGRÈS D'OPHTALMOLOGIE

Session de mai 1898.

Le procédé à lambeau scléral dans l'opération de la cataracte (méthode de Jacobson).

M. KOENIG (de Paris). — L'emploi de cette méthode trouvera sa justification dans certains cas spéciaux ; petitesse de la cornée, défaut de vitalité, perte de l'autre œil par suppuration du lambeau. C'est la facilité d'une bonne coaptation dans une région très vasculaire qui a engagé les opérateurs à faire l'incision dans la périphérie. Jacobson pratiquait son incision à un demi-millimètre de la partie transparente de la cornée et à un millimètre au-dessous du diamètre horizontal. J'ai opéré par cette méthode deux malades dont les cornées étaient petites, encadrées d'un large arc sénile et d'une vitalité douteuse. Chez l'un d'eux l'autre œil était atrophié à la suite d'une suppuration du lambeau survenue après l'opération par la méthode ordinaire. L'opération fut ainsi effectuée : dénudation de la conjonctive, introduction du couteau de Græfe à un millimètre au-dessus du diamètre horizontal, section dans le même sens jusqu'au sommet où le couteau ressort à la même distance de la cornée. La kystitomie put s'effectuer dans les conditions ordinaires malgré l'épanchement de sang. L'iridectomie fut faite dans le premier cas à cause de la difficulté qu'il y avait à extraire le cristallin ; chez le second malade, elle n'a pas été nécessaire. La cicatrisation fut obtenue en six jours sans aucune réaction inflammatoire et sans déformation ultérieure du globe oculaire. La rapidité avec laquelle la coaptation se fait est remarquable, et elle suffirait à faire appliquer ce procédé aux cas où l'on a à redouter les lenteurs de cicatrisation. Le voisinage du canal de Schlemm, la section du plexus veineux ne constituent pas un obstacle ; nous savons que dans la sclérotomie et l'iridectomie les plaies guérissent merveilleusement. L'angle irien est suffisamment protégé par la distance qui le sépare de l'incision. En effet, depuis le bord transparent jusqu'au fond de l'angle irien, il y a une distance de 2 millimètres 1/2. L'incision se faisant à un millimètre du bord transparent de la cornée. Avec les données de l'antisepsie et l'anesthésie, cette méthode n'offre aucun danger, et avec elle on n'aura pas à déplorer les lenteurs de cicatrisation, les suppurations plus fréquentes dans une région dépourvue de vaisseaux. Limitée à certains cas spéciaux, la méthode Jacobson rendra des services.

La forme de la source lumineuse (carré lumineux) pour la skiascopie ; astigmométrie et aberroscopie objective de l'œil.

M. ANTONELLI (de Paris). — Il y a tout avantage à employer, pour la skiascopie, une source lumineuse carrée, sur un centimètre de côté ; car, en orientant ce carré parallèlement aux méridiens principaux de l'astigmomètre, et en tournant uniformément le miroir suivant les deux directions, l'astigmie, — même la plus légère (au-dessous de 0,25 D.), — se manifeste par la *différence dans la rapidité de la marche* et par la *différence d'intensité de l'ombre latérale*. C'est un excellent moyen pour contrôler rapidement et rigoureusement la correction obtenue par l'ophtalmomètre et l'examen subjectif avant de formuler la prescription des verres de lunettes.

Quant à l'*aberroscopie objective*, que cette méthode permet avec autant de facilité que l'astigmométrie, elle est fondée sur les principes que l'auteur a déjà exposés en 1896, à propos de la source lumineuse linéaire. Il s'agit essentiellement d'observer la déformation (en *barillet* ou en *croissant*) du bord de l'*ombre latérale*, autrement dit du bord du champ d'éclairage pendant qu'il parcourt le champ d'examen skiascopique.

Traitement opératoire de l'ectropion lacrymal.

M. le Pr TRUC (de Montpellier). — L'auteur décrit un excellent procédé dont nous ne ferons que rappeler les principaux

temps, et qui lui a donné presque dans tous les cas des résultats excellents : 1° résection cunéiforme tarso-conjonctivale de la zone rétro-ciliaire altérée ; 2° blépharorraphie externe ; 3° sutures inversives conjonctivo-cutanée. Ce procédé est constitué d'éléments classiques et paraît remplir toutes les indications pathogéniques et thérapeutiques. Dans une vingtaine de cas, dont la plupart suivis depuis plusieurs mois, les résultats sont parfaits.

Recherches histologiques sur le tatouage de la cornée.

M. Villard (de Montpellier). — L'auteur a étudié successivement le processus histologique du tatouage de la cornée normale du lapin et celui du tatouage de leucome produit expérimentalement chez les mêmes animaux. Dans les deux cas les phénomènes sont à peu près les mêmes et pour le leucome on arrive à cette conclusion qu'il ne faut tatouer que les leucomes dépourvus de vaisseaux.

Traitement opératoire du leucome adhérent et du staphylome partiel qui en résulte.

M. de Gouvea emploie ce procédé dans les cas de leucome adhérent et de staphylome partiel progressif. Après avoir fait une sclérotomie linéaire ayant pour point de départ la partie saine de la sclérotique la plus voisine de l'altération cornéenne, il libère l'iris à l'aide d'un petit couteau mousse coudé, à double tranchant, introduit tour à tour, à chacun des angles de l'incision, entre l'iris et la cornée qu'il tire légèrement en avant pendant qu'il en sectionne les adhérences en retirant le couteau.

Diagnostic des hémianesthésies.

M. Chibret. — Dans une salle modérément éclairée par le jour ou une lumière, sur un fond noir, on place une feuille de papier blanc de 1 décimètre carré environ ; le dos tourné à la lumière, un isométrique examine cette feuille, après avoir provoqué avec des prismes une diplopie telle que les deux images blanches soient juxtaposées sur la verticale. Dans ces conditions, les deux images blanches ne sont pas d'intensité lumineuse rigoureusement égale ; l'une est toujours plus éclairée que l'autre : celle qui a le plus d'intensité paraît souvent légèrement rosée, l'autre semble légèrement bleutée comme la nuance complémentaire de la première. Le phénomène se reproduit constamment dans les mêmes conditions et c'est toujours chez un même sujet, le même œil qui voit le blanc avec le plus d'intensité lumineuse. En soumettant plusieurs personnes au même examen, on constate que c'est tantôt un œil, tantôt l'autre, mais toujours le même, chez le même sujet, qui voit le blanc avec le plus d'intensité lumineuse. L'écorce semble être le lieu anatomique où se produit le phénomène qui apparaît comme une sorte d'hémianesthésie à la lumière. Les neurologistes pourront étudier de près cette question et en tirer peut-être un certain profit pour diagnostiquer les hémianesthésies latentes. Les physiologistes pourraient rechercher par des moyens très délicats si cette différence hémianesthésique très légère s'étend aux autres sens.

De l'herpès fébrile récidivant de la cornée.

M. Sulzer. — J'ai observé un malade qui est atteint d'un rétrécissement urétral et de cystite chronique depuis 1889. Les urines contiennent de grandes quantités de pus. L'examen bactériologique y révèle la présence du colibacille, de staphylocoques et de pneumocoques. Parmi les nombreuses opérations qu'a nécessitées un rétrécissement récidivant de l'urètre, il convient de retenir une dilatation forcée, faite en 1896 et qui fut suivie d'une éruption herpétique de la cornée droite. Quelques heures après l'opération, surviennent des frissons violents, la température monte à 41° et le malade est pris de délire ; il reste trois jours sans connaissance. Lorsque le quatrième il reconquiert la connaissance, l'ouie est abolie du côté droit. Tout le visage est couvert d'une éruption herpétique qui a envahi également la muqueuse des cavités buccales, pharyngienne, nasale. Les paupières, les conjonctives et les cornées participent à cette éruption. Le malade reste alité pendant six semaines ; l'œil gauche se guérit, mais l'œil droit devient toutes les trois semaines le siège d'une éruption herpétique, occupant les parties de la cornée situées en face du bord pupillaire. Aussitôt une éruption guérie, une nouvelle éruption survient. Bientôt l'œil gauche prend part aux éruptions. Cet état dure huit mois. Le 28 octobre, je constate l'état suivant : à l'œil droit les deux tiers supérieurs de la cornée sont complètement transparents, tandis que le tiers inférieur est le siège d'un trouble de forme particulière. La cornée gauche porte une vésicule herpétique récente, située dans son centre. L'astigmatisme qui se manifesta au moment des éruptions disparut complètement après la guérison. Kœnig.

REVUE de DERMATOLOGIE et de SYPHILIGRAPHIE

Rédacteur spécial : Dr Paul RAYMOND

I. — **Considérations sur le traitement de la syphilis en général et de la syphilis tertiaire en particulier**; par le Dr Petrini, de Galatz. — Bucarest, 1898.

I. — L'auteur résume d'abord les préparations mercurielles usitées dans le traitement de la syphilis et leurs modes d'administration. Il arrive ensuite aux essais de sérothérapie qu'il a entrepris et qui sont trop récents pour qu'il tire de ses expériences aucune conclusion ferme. Ces résultats semblent pourtant encourageants, et, d'après l'auteur, ces injections de sérum (pris sur un mouton auquel on a injecté du sang de syphilitique à la première période de l'infection) sont favorables chez les syphilitiques anémiés et neurasthéniques.

La partie la plus importante est celle dans laquelle l'auteur fait part de ses idées sur le traitement de la syphilis tertiaire. Il la traite exclusivement par le mercure comme la syphilis secondaire, n'admettant pas comme logique, dit-il, un changement si radical dans le traitement de la période dite tertiaire des syphilis, celle-ci n'étant que la continuation de la syphilis secondaire. Si nous considérons la syphilis, ajoute l'auteur, comme une maladie déterminée par la pénétration dans l'organisme d'un agent pathogène, pourquoi n'admettrions-nous pas la présence de cet agent à une période plus avancée de la maladie ?

Un tel raisonnement est parfaitement exact et nul ne songe à le contester, mais malgré les 72 observations que rapporte M. Pétrini, et dans lesquelles des syphilis tertiaires furent exclusivement traitées et guéries par le mercure, je ne crois pas que cette pratique soit à recommander.

Que le mercure guérisse à lui seul des accidents syphilitiques tertiaires, c'est là un fait bien connu et que viennent confirmer les observations de M. Petrini. Que l'iodure de potassium, inversement, reste souvent inefficace, c'est encore un fait d'observation constante ; mais qu'il faille dès lors renoncer à celui-ci pour n'employer que celui-là, nous paraît être une induction vicieuse. M. Pétrini a vu, comme nous tous, les nombreux malades atteints de syphilides tertiaires que l'iodure de potassium donné seul a guéris. Nous savons surtout quels excellents résultats nous donne l'association du mercure et de l'iodure, le traitement mixte, comme on l'appelle. Chacun de ces médicaments a son action spéciale et c'est parce qu'on veut voir dans l'iodure un *spécifique* de la syphilis qu'on l'emploie souvent d'une façon inconsidérée et qu'on n'en obtient pas les effets attendus. Qu'on lui fasse jouer son rôle d'antiplastique comme au mercure un rôle d'antiseptique, et l'on en obtiendra les résultats sûrs et rapides dont il serait imprudent de faire bon marché.

II. — **Arbeiten aus D Unna's Klinik für Hautkrankheiten**: par le Dr Unna. — Berlin, 1897.

II. — Depuis 1895, le Dr Unna réunit à la fin de l'année, dans une brochure, les travaux de sa clinique de Hambourg. La brochure de 1897 comprend les travaux suivants : Actinomycose et pied de madura. Traitement de la lèpre. Cas de mycétome du pied. Recherches sur les médicaments réducteurs. Dégénérescence fibrineuse des tissus. Tricophytie et favus. Nature épithéliale des cellules de nævus. Ce dernier travail dû à M. Unna est important pour expliquer la dégénérescence épithéliale de certains nævi.

III. — Syphilis behandlung und Balneotherapie; par le Pr Neisser. — *Berliner klin. Woch.*, 1897, n° 16.

III. — Que faut-il penser des cures thermales dans la syphilis? Recommandées autrefois, elles semblent aujourd'hui bien délaissées. A elles seules, ainsi que le montre M. Neisser, elles ne peuvent remplacer le mercure, mais elles favorisent l'élimination de ce dernier. Il faut employer, si l'on a recours aux frictions mercurielles, une plus grande quantité de pommade, parce qu'une partie est entraînée par le bain et qu'avec les bains sulfureux il se fait un précipité insoluble. Il faut en outre tenir compte des avantages que tout syphilitique retire d'un régime dans une station d'eau, en raison des conditions hygiéniques qu'il y rencontre.

IV. — La blennorrhagie, maladie générale; par le Dr Jullien. — Troyes, 1898.

IV. — Le temps n'est plus où la blennorrhagie pouvait être considérée comme le type des maladies locales : les divers symptômes, les multiples complications de la blennorrhagie nous montrent quelle part il faut faire à l'infection de l'organisme par les gonocoques et leurs toxines.

L'auteur rapporte deux observations où la blennorrhagie évolue comme une véritable maladie infectieuse, simulant même dans un cas une fièvre typhoïde et s'accompagnant de complications diverses. Parmi les symptômes observés, mentionnons l'hyperthermie accompagnant l'inversion et la progression du gonocoque et une érythrodermie affectant la plus parfaite ressemblance avec les taches rosées de la fièvre typhoïde. Notons dans la blennorrhagie comme nous les avons relevées dans la grippe, dans la tuberculose, dans la streptococcie, ces taches rosées qu'il faut se déshabituer de considérer comme pathognomoniques de la fièvre typhoïde. Dans l'une des observations de M. Jullien, le gonocoque a été retrouvé dans le sang, mais les cultures sur des tubes d'ascite sont restées stériles. Parmi les complications, retenons l'endocardite et la méningite sur laquelle insiste l'auteur avec raison. Peu étudiée jusqu'ici mais incontestable, la myosite blennorrhagique mérite de prendre place parmi les myosites infectieuses, dont la myosite de la fièvre typhoïde est le type.

V. — La prostitution dans l'antiquité; par le Dr Dupouy. *Soc. d'éditions scientifiques*, 1898.

V. — Important travail d'érudition où l'on trouvera sur les mœurs de l'antiquité des documents intéressants. Le chapitre de la corruption des Empereurs romains nous donne sur ces Césars si majestueux dans leurs marbres du Louvre de curieux renseignements. Dr Paul Raymond.

BIBLIOGRAPHIE

Les Sérothérapies; par L. Landouzy, professeur à la Faculté de Médecine, médecin de l'hôpital Laënnec, membre de l'Académie de Médecine. — Chez G. Carré et Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.

Sous ce titre, M. le Pr Landouzy a réuni et publié en un fort volume les leçons de thérapeutique et de matière médicale qu'il a professées à la Faculté de Médecine de Paris pendant l'année scolaire 1895-1896. Primitivement ces leçons ne devaient pas être publiées, M. Landouzy estimait que chacune des questions exposées était trop neuve et devait encore recevoir, au point de vue des applications pratiques, la longue épreuve du temps avant qu'il fût opportun de les présenter sous la forme d'un livre; cette forme laissant toujours supposer au lecteur qu'il a sous les yeux un enseignement complet et didactique. Heureusement le professeur a cédé aux sollicitations de ses élèves et les lecteurs verront combien ces leçons, en dehors de leur intérêt d'actualité, sont précieuses par le grand nombre de documents qu'elles renferment, par la quantité et la qualité des travaux cités. Ce livre constitue en réalité un volumineux dossier dans lequel le praticien pourra largement puiser pour se mettre au courant des méthodes nouvelles et de leurs applications thérapeutiques.

Après un magistral hommage à la mémoire de Pasteur, M. Landouzy nous fait connaître l'orientation nouvelle de la thérapeutique basée sur la *sérothérapie* et l'*opothérapie*; cette thérapeutique suppose forcément une matière médicale également nouvelle, constituée par les *virus atténués*, les agents d'*immunisation*, de *vaccination* et de *curation*. La sérothérapie est définie par les agents et moyens qu'elle met en œuvre; les agents sont les sérums dont il existe plusieurs espèces et variétés et la sérothérapie peut être *préventive* ou *curative*. Tout d'abord, M. Landouzy traite de la sérothérapie préventive du tétanos : on sait aujourd'hui, grâce aux travaux tout récents de MM. Roux et Borrel, que cette sérothérapie est entrée dans une phase nouvelle, et qu'elle est devenue curative.

Deux leçons sont consacrées à la sérothérapie antivenimeuse; la mortalité causée par la morsure des serpents est assez grande et atteint 2.000 cas pour les Indes seulement. M. Landouzy s'arrête longtemps sur la sérothérapie antistreptococcique; la streptococcie présente, en effet, une importance extrême en clinique médicale par suite de la multiplicité de ses formes symptomatiques (érysipèle, infections puerpérales, angines, bronchopneumonies, etc.), aussi le professeur étudie successivement son application au traitement de toutes ces affections, et en résumé conclut à l'action favorable du sérum antistreptococcique, qui, judicieusement employé, paraît inoffensif et peut donner de bons résultats.

Le traitement de la diphtérie est le triomphe de la sérothérapie; les statistiques de tous les pays ont montré son efficacité et, en présence de la constance des résultats obtenus, le doute n'est plus permis. S'il y a quelques accidents imputables à la sérothérapie de la diphtérie (et quelle médication n'en a pas?) les preuves cliniques et expérimentales de l'innocuité du sérum sur l'organisme sain abondent; et les cas de mort attribués à la sérothérapie ne sont ni suffisamment ni scientifiquequement démontrés. M. Landouzy s'occupe ensuite de la sérothérapie des maladies infectieuses; sauf pour la peste, les résultats obtenus ne sont pas encore suffisamment nets et l'étude de la nouvelle méthode demande à être poursuivie.

La matière médicale de la sérothérapie artificielle est constituée par des solutés salins ayant l'eau comme véhicule et dont la composition minérale se rapproche plus ou moins de celle des sérums sanguins. Les résultats obtenus chez bon nombre de patients et surtout chez les neurasthéniques sont très nets et encourageants. Suivant les cas, ces solutés doivent être injectés à faibles doses ou, au contraire, à doses massives.

M. Landouzy a consacré ses dernières leçons à l'étude de la tuberculine et de la malléine considérées non pas comme agents thérapeutiques, mais comme agents de diagnostic. La tuberculine constitue, en effet, un moyen précieux de diagnostic pour la tuberculose latente chez l'homme et les animaux; la malléine rend les mêmes services vis-à-vis de la morve. L'emploi de ces substances chez les animaux présente une importance capitale aux points de vue économique et de la police sanitaire.

Le résumé que nous venons de faire montre combien M. Landouzy a été heureusement inspiré en publiant ses leçons : la lecture de cet ouvrage, édité avec luxe, est tout à la fois facile et attrayante. Praticiens et élèves y trouveront réunis tous les documents qui leur sont indispensables pour bien comprendre les avantages que présente la thérapeutique nouvelle à la vulgarisation de laquelle s'est brillamment consacré M. le Pr Landouzy. P. Yvon.

Sur les kystes ovariaux papillaires; par Oscar Semb. — Christiania, Strenske Bogtrokkeri, 1897.

On a souvent confondu, sous le nom de « kystomes ovariaux papillomateux », différentes classes de tumeurs qu'il convient de distinguer nettement tant au point de vue pathologico-anatomique qu'au point de vue clinique. Ils se répartissent en trois classes principales :

1. *Le papillome ovarial proprement dit*, qui se manifeste soit comme *kysto-papillome*, soit comme *papillome superficiel*.

2. *Le kystome colloïde papillaire* qu'il convient de ne considérer que comme une variété du kyste colloïde (glandulaire) ordinaire, où la prolifération épithéliale atteint un degré exceptionnel.

3. *Le kysto-carcinome papillaire.* — L'auteur a en outre dans un cas spécial (cas 20), trouvé un *endothéliome* se présentant sous la forme d'excroissances papillaires dans un kyste ovarial.

L'auteur fournit, en s'appuyant sur vingt cas examinés au double point de vue pathologico-anatomique et clinique, la description de cette catégorie de tumeurs. Il précise comme quoi le *papillome ovarial* forme, histologiquement et cliniquement, une classe isolée de tumeurs, qu'il convient de ne pas confondre, comme on l'a fait souvent, avec le kysto-carcinome papillaire. Il y a plusieurs points de ressemblance : l'aspect macroscopique de l'excroissance, *la formation d'excroissances à l'intérieur de la paroi du kyste, les implantations sur le péritoine et l'existence simultanée d'ascites*; de plus, *ces excroissances sont fréquemment bilatérales et de nature intraligamentaire.* Mais le papillome ovarial se distingue du kysto-carcinome papillaire, en ce que sa nature est *absolument bénigne.* Le papillome est toujours caractérisé par une prolifération épithéliale régulièrement typique, qui n'envahit jamais les tissus ambiants d'une façon destructive. Il croît lentement et ne *provoque pas la cachexie.* Il convient de considérer les *implantations péritonéales* comme dues à l'ensemencement sur la surface du péritoine de particules provenant de la tumeur, et il ne faudrait pas les confondre avec de véritables métastases; celle-ci sont provoquées lorsque la tumeur fait irruption à travers la paroi des vaisseaux lymphatiques et sanguins, et que par suite des particules de la tumeur sont entraînées dans le torrent de la circulation et vont se loger dans différents organes.

Le papillome ne donne lieu à aucune de ces métastases caractéristiques, attendu que sa nature n'est pas destructive. Le caractère bénin des implantations se reconnaît surtout aisément à ce que, ainsi qu'on a pu le prouver dans un grand nombre de cas, ces implantations disparaissent souvent totalement après extirpation de la tumeur primaire.

L'auteur est d'avis que ce qu'on appelle « *dégénérescence carcinomateuse* » du papillome n'est pas un cas fréquent comme l'admettent divers auteurs. *D'une façon générale, le papillome conserve sa nature bénigne, alors même qu'il subsiste pendant des années.* Par contre, le kysto-carcinome papillaire est, dès le début, un véritable carcinome et non un papillome à dégénérescence carcinomateuse.

Quant à l'*histogénèse du papillome ovarial*, l'auteur admet qu'il a le plus souvent son point de départ dans l'épithélium superficiel de l'ovaire. Il décrit cependant et met en lumière un cas (le nº 6), où le papillome semble au début s'être rattaché à l'*épithélium des follicules primaires.*

La *prognose* du papillome ovarial est absolument bonne, en cas d'extirpation radicale. *Il ne se produit pas de récidive* par le pédoncule. Lorsqu'on a laissé subsister des implantations, celles-ci peuvent soit se résorber, soit continuer leur croissance, mais conservent dans tous les cas le caractère de tumeurs bénignes.

Pour ce qui est *du traitement*, l'auteur conseille, lorsque les sujets sont âgés, de procéder toujours à l'extirpation du second ovaire, sain en apparence, attendu qu'il arrive que ce second ovaire donne ultérieurement, lui aussi, lieu à des tumeurs du même genre.

La Mort au point de vue physiologique. — Actualité de la [illegible] des Morts. — Il y a quelques mois deux professeurs Américains de Clark University (Worcester, Mass.) ont eu l'idée de [illegible] dans le public un formidable questionnaire comportant [illegible] de cent vingt demandes relatives à la mort et aux idées qu'elle entraîne. Ils sollicitaient, entre autres choses, des opinions sur les cadavres, les funérailles, les corbillards, le deuil, le tombeau, [illegible] vers, les os... Deux cent vingt six personnes ont répondu à ce questionnaire, et l'enquête a fourni ainsi près de quinze mille réponses, dont les femmes avaient fourni les trois cinquièmes environ. [illegible] ont été toutes publiées dans l'*American Journal of Psychology.* Ces réponses, dont quelques-unes sont fort piquantes, constituent un curieux document humain. Quant à l'ensemble des résultats [illegible], il semble en découler que la Mort est appréciée très [illegible], très froidement par les enfants, mais qu'elle intéresse essentiellement les [illegible] et, dans une certaine mesure aussi, mais moins, les vieillards.

VARIA

Syndicat général des Médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France.

Le Syndicat général des Médecins des stations balnéairees et sanitaires de la France vient d'adresser aux membres des divers syndicats des stations la circulaire suivante :

Paris, le 15 mai 1898.

Honoré et cher Collègue,

Nous venons appeler votre attention sur quelques points discutés en Assemblée générale. Après vous être concerté, autant que faire se peut, avec vos collègues du syndicat dans votre station, veuillez faire connaître ces décisions aux intéressés : médecins, propriétaires ou fermiers des sources, maires, hôteliers, industriels, etc.

1º Le syndicat, entre autres choses, a demandé au Ministère de l'Intérieur de faire fonctionner les comités d'hygiène cantonaux, du moins dans les régions où existent des villes balnéaires. Nous vous invitons le cas échéant, à prêter tout votre concours à ces comités pour la meilleure organisation possible de la police sanitaire et de la salubrité publique.

2º Au sujet des *tables de régime*, le syndicat, tout en approuvant expressément les médecins qui ont réussi à les établir près de sources spéciales aux affections de l'estomac, ne pense pas qu'il y ait lieu d'en faire une application générale et de principe qui n'existe, d'ailleurs, nulle part. Il suffit d'obtenir des hôteliers la suppression des mets notoirement indigestes ou malsains et la multiplication des petites tables individuelles et des repas à la carte avec le moindre supplément de dépense. De cette manière, les baigneurs pourront suivre les conseils de leurs médecins et auront, à la place de la table de régime, difficile à réaliser, le *repas de régime* qui répond à des indications individuelles.

3º Un de nos collègues a signalé l'abus qui se produit dans certaines stations où des fonctionnaires à appointements élevés se feraient traiter gratuitement, sans croire, pour cela, devoir la moindre reconnaissance au médecin.

Il y a, en effet, quelques Thermes appartenant à l'Etat où les soins étaient ou sont donnés à titre gracieux par les médecins-inspecteurs à des fonctionnaires ne touchant pas plus de 1.800 francs. Les médecins des eaux qui se seraient engagés à faire le service de la gratuité ne seraient tenus, dans tous les cas, qu'envers cette catégorie de fonctionnaires; ceux-ci même n'auraient qu'un simple droit d'usage qui n'est consacré ni par la loi, ni par arrêt. Nous vous engageons donc à être libéral vis-à-vis des employés à solde modeste, mais à exiger des autres une juste rémunération. Si vous étiez témoin de nouveaux abus, veuillez en prendre note avec les précisions voulues et en donner avis au Conseil d'administration.

4º Un autre collègue nous a demandé d'intervenir pour fixer un tarif uniforme des honoraires médicaux aux eaux minérales. Nous avons reconnu l'impossibilité de faire droit à cette demande pour plusieurs raisons : différence de clientèle des stations, différence de frais pour les médecins, atteinte à la liberté des contrats, à la délicatesse professionnelle, etc. Il ne serait pas même possible d'unifier les honoraires dans une même station, le médecin n'étant pas un simple commerçant et ayant droit à une rémunération plus ou moins élevée selon ses travaux, sa réputation, les coutumes locales les services rendus, etc.

Tout ce que nous pouvons faire, c'est de prier les médecins balnéaires de ne pas accepter un marchandage qui serait peu digne et de proportionner leurs tarifs à la situation et aux ressources du client, combinées avec les usages locaux et un accord entre confrères le plus explicite possible.

5º Au sujet des rapports des médecins avec les propriétaires ou fermiers d'établissements thermaux, l'Assemblée générale a pris des conclusions dont nous vous signalons les suivantes : Elle affirme à nouveau le droit des médecins d'accompagner leurs clients dans tous les locaux affectés au traitement et d'obtenir la stricte exécution de leurs prescriptions; elle émet le vœu que les médecins ne prennent pas d'engagement ou n'acceptent pas de situation qui puissent compromettre leur

indépendance professionnelle vis-à-vis des propriétaires ou fermiers; elle émet le vœu que ces propriétaires ou fermiers ne confient pas la direction de leurs établissements à des médecins en exercice : ce qui peut rendre les rapports de ceux-ci délicats ou difficiles avec les autres praticiens de la station.

6° Nous vous serions obligés de faire votre enquête particulière sur le projet d'impôt dit *taxe de cure* ou *d'amélioration*, dont la première discussion eut lieu dans l'Assemblée générale du syndicat du 19 novembre 1896. Nous vous rappelons qu'il s'agit d'une taxe purement facultative; les municipalités qui en useront ne pourront le faire que dans un but exclusif d'amélioration et d'embellissement. Le projet définitif à soumettre au Parlement sera adopté dans l'Assemblée générale de novembre prochain; il pourra contribuer beaucoup à la prospérité de bon nombre de nos villes balnéaires et sanitaires.

Agréez, honoré et cher collègue, l'expression de nos sentiments dévoués.

Le Secrétaire général : Dr Marcellin CAZAUX.

Le Président : Dr Albert ROBIN.

La Faculté de Médecine française de Beyrouth.

Au point de vue de tous ceux qui s'intéressent au maintien de notre prestige séculaire en Syrie, il s'agite en ce moment, à Constantinople, entre l'Ambassade de France et le gouvernement ottoman, une question dont la solution, suivant qu'elle sera tranchée dans un sens ou dans l'autre, peut avoir pour notre influence des conséquences graves. Quelques-uns de nos confrères de la Presse parisienne ont porté le débat devant le grand public. Voici de quoi il s'agit :

En 1879, à la suite d'un voyage effectué en Syrie, au moment du Congrès de Berlin, par notre attaché militaire à Constantinople, le commandant, depuis général de Torcy, Gambetta prit en main le projet de fonder une Faculté de Médecine française à Beyrouth, destinée à contrebalancer celle créée dans cette ville par les missionnaires anglo-américains. Cette idée qui tenait fort à cœur à l'illustre tribun n'avait pu encore aboutir définitivement lorsqu'il mourut. Elle fut reprise par Jules Ferry, avec cette ténacité qu'il mettait en toutes choses. A la suite de la lettre adressée par le grand homme d'Etat républicain aux Supérieurs de la mission des jésuites en Syrie, lettre qui sert encore en ce moment de contre-partie entre les deux contractants, la Faculté de Médecine française était fondée et elle ouvrait ses portes, en novembre 1883. Les Jésuites s'engageaient à fournir les locaux, les bibliothèques et les collections nécessaires à la Faculté. De son côté, le Gouvernement de la République assurait le traitement d'un certain nombre de médecins, choisis par les Jesuites parmi les élèves les plus distingués de nos Facultés et qui devaient etre agréés par le Ministère de l'Instruction publique. Ce contrat fut exécuté de part et d'autre avec une grande largeur de vues et un patriotisme éclairé. Aussi, la jeune Faculté ne tarda-t-elle pas à dépasser ses rivales et à obtenir un grand succès, non-seulement auprès de tous les étudiants de l'empire, mais encore auprès de ceux de l'Egypte. Le Gouvernement français, pour assurer la valeur du diplome delivré aux futurs medecins et pour controler l'enseignement qui leur est donné, envoie chaque année quelques-uns des professeurs les plus distingués de ses Facultés faire passer les examens, qui donnent droit au titre de docteur. Depuis quelques années, c'est la Faculté de Lyon qui s'est chargée d'assurer ce service et, en ce moment, une commission composée d'hommes de la valeur scientifique des Prs Lortet, Ollier et Soulié, fait passer ces examens, et les diplômes obtenus sont assimilés par le Ministère de l'Instruction publique à ceux délivrés devant les Facultés françaises. C'est dire dans quelles conditions d'impartialité et dans quel esprit véritablement scientifique ces épreuves ont lieu. D'ailleurs, toutes les commissions envoyées en Syrie depuis la fondation de la Faculté, ont été unanimes, ainsi que le constatait recemment M. Larroumet, à faire le plus grand éloge de la manière dont sont dirigées les études. C'est cette œuvre si intéressante que le mauvais vouloir du Gouvernement turc menace d'arrêter dans son développement. Au lieu de venir en aide à une institution qui ne pouvait que relever le niveau des études médicales en Turquie, où elles n'existent trop souvent qu'a l'etat de rudiment informe, le conseil supérieur de médecine a Constantinople s'est appliqué à la contrecarrer ouvertement. Non seulement, il s'est refuse à reconnaitre le diplome délivré équivalent de celui des Facultes francaises, mais encore, de parti pris, il écarte systématiquement des concours tous les élèves sortant de la Faculté de Beyrouth. Depuis tantot dix ans, tous les efforts de la diplomatie se sont heurtés à ce mauvais vouloir affiche officiellement. Dans ce dernier temps, la question a pris un caractère aigu et il est urgent qu'elle soit définitivement tranchée. Tous les efforts de notre ambassade à Constantinople doivent tendre à la reconnaissance du diplome. Il serait étrange, en effet, de voir que le titre de docteur en médecine délivré par des Facultés françaises fût conteste en Turquie alors que non seulement sa haute valeur scientifique est reconnue dans tous les pays civilisés, mais encore qu'on accorde partout, après l'accomplissement de certaines formalités, à ceux qui en sont pourvus le droit d'exercer la médecine. Il est à souhaiter que cette solution intervienne le plus tôt possible.

L'exercice de la Médecine dans les campagnes de Vendée.

En voici un léger aperçu que nous empruntons au *Libéral de la Vendée*. Il a trait à une campagne infâme menée contre notre collaborateur, M. le Dr Terrien, ancien interne des asiles de la Seine, Officier d'Académie.

Un enfant de Chauché (Vendée), chétif, paralysé d'un bras, qui était allé aux Essarts consulter M. le Dr Terrien, avait manqué le catéchisme. A la séance suivante, ce petit colloque s'établit entre le desservant de Chauché et le petit malade :

« Où étais-tu l'autre jour? — Chez le médecin des Essarts, M. Terrien. — Eh bien! mets-toi là, à genoux ! »

Et le pauvre petit infirme, dont la paralysie et la faiblesse excitaient la pitié de tous, fut laissé par le prêtre, à genoux, pendant une heure sur le pavé de l'église!

Une autre fois, c'est une femme que M. Terrien, appele par le Dr Cormier, avait accouchee et à qui le même prêtre dit : « A votre place, ma fille, j'aurais préféré me laisser mourir plutôt que de me faire accoucher par ce Terrien! » Et partout où le Dr Terrien porte aux malades les secours de la science, ce sont les mêmes procédés d'intimidation et de calomnie employés contre lui! Dans le cas particulier du curé Sestre, il se trouve des détails curieux.

M. le Dr Terrien est appelé un soir chez M. Gautreau, au Bois-Boudeau, où il trouve une malade en danger de mort par suite d'une affection du cœur et d'une congestion pulmonaire. Le docteur déclara aux gens de la maison qu'il était urgent d'aller quérir un prêtre, car il craignait une catastrophe pour la nuit. Le fils de la malade se rend aussitôt à Sainte-Cécile où se trouvait le curé de Saint-Martin dont dépend le hameau de Bois-Boudeau. Arrivé a la cure, Gautreau demande son pasteur qui était à table — mauvais moment! Le curé Sestre quitte la salle à manger, et, devant plus de quinze personnes, tient les propos suivants :

« Vous venez me chercher, dit-il à Gautreau. — Oui, M. le Curé. — Votre mère est donc bien mal? — Très mal — Qui l'a visitée? — M. le Dr Terrien. — Ah! si c'est ce Terrien, inutile! Je ne me dérange pas. Si c'était un autre médecin, j'irais ; mais appelé par un médecin *pas sérieux, sans conscience*, je ne me dérangerai pas ce soir ! »

Et le curé retourne se mettre à table, heureux de pouvoir satisfaire du même coup sa rancune et son ventre.

Après le diner, il rentre a Saint-Martin, passe à cinq cents mètres de la ferme de Gautreau et va se coucher sans plus se soucier que la malade s'éteigne. Le lendemain seulement, il va a la ferme, et là, au lieu d'apporter les paroles de consolation et d'esperance, il se répand en injures contre le médecin, et cela devant une mourante et une famille éplorée !

« Ce Terrien, vocifère-t-il, c'est un homme de *mauvaise conduite, de mauvaise vie, un homme qui a deux femmes!* Et puis, c'est un charlatan! Il dit que votre mère est très mal. Elle ira encore bien des fois à Saint-Martin. » — Elle y est allée, en effet, deux jours après, dans un cercueil, car elle mourait le soir même!

Ces faits ne sont pas, comme on pourrait le croire, des faits isolés. La campagne de diffamation menée contre le Dr Terrien avait produit de tels résultats que les paysans, tout en continuant à le faire demander, ayant malgré tout confiance dans sa réputation, s'empressaient, aussitot après son départ, de *purifier leurs maisons à grandes aspersions d'eau bénite*.

Ab uno disce omnes.

Les eaux de contamination.

M. Duclaux a attiré l'attention de l'Académie des sciences sur les dangers que présente la contamination des eaux circulant à petite profondeur dans les sols poreux. Dans une petite ville du Cantal, les eaux de pluie contiennent environ 50 fois plus de chaux et de chlore que les eaux vierges dans la même région, à même niveau, ou que les eaux des puits qui ne sont pas trop [illegible] d'habitations. Bien que l'existence, en aussi grande abondance, du chlore et de la chaux témoigne de l'arrivée, dans le sous-sol, de l'urine et des extraits de fumiers, on trouve pourtant que la matière organique de l'urine et des excrements humains et animaux n'arrive aux puits qu'après avoir subi une nitrification assez complète. La nitrification naturelle est donc une protection pour les habitants ; mais ceux-ci n'en sont pas moins assurés de trouver

dans leur eau potable les matières minérales de leur urine et de leurs déjections. L'étude chimique des eaux témoigne que les eaux de puits de cette ville sont formées d'un mélange d'un litre d'urine environ avec cinquante litres d'eau. C'est à peu près la composition des eaux d'égout de Paris, lorsqu'elles sont déversées dans la Seine, après avoir subi l'épuration organique dans la presqu'île de Gennevilliers. Ces eaux ont beau être limpides et contenir peu de microbes, il serait, croyons-nous bien, très désagréable de n'en avoir pas d'autre à boire. M. Chauveau a saisi cette occasion pour faire ressortir les dangers fréquents des eaux réputées potables. Il cite l'exemple d'une ville située au pied d'une montagne où il n'existe pas de calcaire fissuré et qui est alimentée par une source qu'on croyait très pure. Une épidémie terrible de fièvre typhoïde y éclata naguère, et on reconnut qu'il y avait là une contamination des plus dangereuses, sans aucune cause apparente. M. Gautier a remarqué que les eaux de source peuvent, tout comme les eaux des puits, être contaminées par des infiltrations. Dans le choix et l'étude de cette délicate question, il convient, entre autres conditions primordiales, de tenir grandement compte de la présence de l'oxygène à l'état libre dans les eaux potables.

Hémophilie traitée par le corps thyroïde.

Une dame O... est atteinte depuis deux ans d'une hémophilie qui l'a réduite à un excessif état d'anémie. Lorsqu'elle se présente à mon examen, le 4 octobre, elle me dit avoir été soumise aux traitements les plus divers et les plus énergiques. Le facies est exangue, les muqueuses absolument décolorées, les gencives saignent abondamment au moindre attouchement, les jambes, les bras, le corps sont couverts de taches de purpura. A chaque époque menstruelle, le sang s'écoule avec une inquiétante abondance et les règles durent en moyenne de 12 à 14 jours. La malade a heureusement conservé un assez bon appétit. Comme traitement, elle a usé de tous les hémostatiques. Son mari avait été chargé, par le médecin traitant, de pratiquer des injections d'ergotine répétées. Rien n'y faisait et les hémorragies se continuaient avec profusion, anémiant de plus en plus la patiente. Me fondant sur certaines observations, faites à propos de l'action du *corps thyroïde* ingéré sur les métrorrhagies, je prescrivis à cette dame des capsules de corps thyroïde Vigier, la difficulté de se procurer le corps thyroïde en nature ne me permettant pas l'emploi de la glande fraîche. Cette forme capsulaire est, du reste, d'un maniement commode et utile aux médecins qui, à la campagne, ne peuvent se procurer des glandes fraîches. La malade prit régulièrement trois capsules par jour, à partir du 5 octobre. Le 12 octobre ses règles parurent. Au lieu de perdre du sang pendant 12 jours comme aux époques précédentes, la malade ne perdit que 4 jours d'une façon modérée. Dès le 18 octobre, les pertes de sang par les gencives disparurent.

Le 27 octobre, la malade, dont le poids n'avait diminué que de 400 grammes, me disait n'avoir plus eu une seule hémorragie depuis ses règles. Les taches purpuriques avaient disparu ; les gencives s'étaient raffermies. Une teinte rosée commençait à recolorer le visage. Elle ne se plaignait plus que de palpitations légères. Elle n'a pas dépassé jusqu'à présent la dose de trois capsules par jour.

Cette courte observation, ne donnant que la rapide succession des faits cliniques, montre que le corps thyroïde exerce une action encore inconnue sur la plasticité du sang. (*Le Scalpel*, 7 novembre). Dr L. DEJACE.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris

MARDI 31. — 4e *de Doctorat*. (1re *série*) : MM. Proust, Hanriot, Charrin. — (2e *série*) : MM. Pouchet, Hutinel, Thoinot. — (3e *série*) : MM. Debove, Chantemesse, André. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Campenon, Schwartz, Albarran — (2e *série*) : MM. Polaillon, Bouilly, Nélaton. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Cornil, Ballet.

MERCREDI 1er. — 4e *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Potain, Pouchet, Widal. — (2e *série*) : MM Landouzy, Hanriot, Chassevant. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Monod, Reclus, Walther. — (2e *série*) : MM. Marchand, Segond, Tuffier. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Marie, Gilles de la Tourette. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Ribemont-Dessaignes, Varnier, Bonnaire.

JEUDI 2. — 4e *de Doctorat*. (1re *série*) : MM. Proust, Ménétrier, Hanriot. — (2e *série*) : MM. Pouchet, Letulle, Thoinot.

VENDREDI 3. — 4e *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — (2e *série*) : MM. Déjerine, Hanriot, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie (1re *série*) : MM. Tillaux, Humbert, Delbet. — (2e *série*) : MM. Terrier, Ricard, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Grancher, Marie, Widal. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Ribemont-Dessaignes, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 4. — 4e *de Doctorat* (1re *série*) : Chantemesse, Hanriot, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Pouchet, Ballet, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie (1re *série*) : MM. Berger, Richelot, Nélaton. — (2e *série*) : MM. Bouilly, Brun, Polaillon. — (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Marie, Roger. — (2e *série*) : MM. Debove, Raymond, Marfan. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

JEUDI 12. — M. Dardelin. Asepsie intestinale. — M. Verger Contribution à l'étude du délire de persécution à évolution systématique. — M. Krien. De la rupture des salpingites purulentes simulant l'hématocèle. — M. Hénard. Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire et en particulier de l'occlusion intestinale consécutive à cette torsion.

Enseignement médical libre.

Hôpital Saint-Louis. — Le Dr du CASTEL reprendra ses conférences cliniques le samedi 4 juin, et les continuera les samedis suivants. A 1 heure 1/2, consultation externe ; à 2 h. 1/2, conférence clinique dans la salle des conférences.

Cours pratique d'ophtalmologie. — M. le Dr A. TERSON, chef de clinique, et M. F. TERRIEN, chef du laboratoire, conférences pratiques : le premier, les mardi, jeudi et samedi à 5 heures ; le second, les lundi, mercredi et vendredi à la même heure (Hôtel-Dieu).

Cours de bactériologie. — Un cours et des travaux pratiques de bactériologie médicale commenceront le mardi 7 juin, à deux heures, à l'Ecole de Médecine, au laboratoire de bactériologie de M. le Pr Cornil, sous la direction de M. le Dr Fernand BEZANÇON Se faire inscrire au laboratoire de l'Ecole pratique, de deux à cinq heures.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 15 mai au samedi 21 mai 1898, les naissances ont été au nombre de 1.095, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 378, illégitimes, 154. Total, 532. — *Sexe féminin* : légitimes, 410, illégitimes, 153. Total, 563.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 15 mai au samedi 21 mai 1898, les décès ont été au nombre de 927, savoir : 477 hommes et 450 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 1. T. 2.— Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.— Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 11, F. 22, T. 33.— Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0, — Coqueluche : M. 1, F. 2, T. 3. — Diphtérie, Croup : M. 4. F. 1, T. 5. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 100, F. 80, T. 180. — Méningite tuberculeuse : M. 17, F. 11, T. 28. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 12, T. 30. — Tumeurs bénignes : M. 1. F. 7, T. 8. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 26, T. 44. — Méningite simple : M. 16, F. 10, T. 26. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 15, F. 31, T. 46. — Paralysie, M. 3, F. 8, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 3, T. 7.— Maladies organiques du cœur : M. 24, F. 28, T. 52. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 6, T. 9.— Bronchite chronique : M. 12, F. 9, T. 21.— Broncho-pneumonie : M. 24, F. 20, T. 44. — Pneumonie : M. 22, F. 10, T. 32. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 31, F. 14, T. 45.— Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 12, T. 28. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 5, T. 9. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 4, T. 6. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 3, T. 4. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 14, F. 12, T. 26.— Sénilité : M. 7, F. 14, T. 21. — Suicides : M. 6, F. 13, T. 19. — Autres morts violentes : M. 9, F. 6, T. 15. — Autres causes de mort : M. 85, F. 77, T. 162. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 1, T. 6.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 85, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 16, Total : 44. — *Sexe féminin* : légitimes, 27, illégitimes, 14. Total : 41.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un congé, du 1er mai au 31 octobre 1898, est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. Drouin, chef des travaux cliniques du laboratoire de clinique médicale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Il est créé une chaire de chimie biologique (fondation de l'Université de Bordeaux).

M. Denigès, agrégé près la Faculté de Médecine de Bordeaux, chargé d'un cours complémentaire de chimie, est nommé professeur de chimie biologique à ladite Faculté.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin principal Drago passe, sur sa demande, du port de Cherbourg à celui de Toulon. — M. le médecin de première classe Branellec, médecin-major au 2e régiment d'infanterie de marine à Brest, est destiné pour servir, en la même qualité, aux troupes à la Martinique. M. le Dr Branellec prendra passage sur le paquebot partant de Saint-Nazaire le 9 juin 1898. — M. le médecin de 2e classe Duranton, aide-major au 4e régiment d'infanterie de marine à Toulon, est destiné aux troupes en Crète (supplément d'effectif). M. le Dr Duranton prendra passage sur le paquebot partant de Marseille le 2 juin 1898.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Barrallier, médecin principal de la marine, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite. — Le médecin principal Pfihl passe, sur sa demande, du port de Cherbourg à celui de Brest. — M. le Dr Féraud, nouvellement promu médecin principal, est appelé à continuer ses services à Cherbourg. — M. le Dr Courtier, qui vient d'être promu médecin de Ire classe, sera affecté au port de Brest, à son débarquement du *Magenta*.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas MEUNIER, professeur au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 29 mai, à Thorigny, Carnetin et aux Vallières. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous gare de l'Est, où l'on prendra à 11 heures 15 le train pour Lagny-Thorigny. Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la place au Laboratoire de géologie, 61, rue de Buffon, avant samedi à 4 heures.

HÔPITAL DE SAINT-MAUR-LES-FOSSÉS. — Dans sa dernière séance, le Conseil municipal de Saint-Maur-les-Fossés a voté la construction d'un hospice communal. La dépense est évaluée à 180.000 francs pour laquelle on compte obtenir le concours du département.

MONUMENT PASTEUR. — Le monument de Pasteur, qui doit être élevé au carrefour Medicis, en face de la rue Soufflot et du Panthéon, vient d'être soumis par Falguière au grandissement, avant son adoption définitive par le comité. La description que nous en avons donnée, il y a quelques mois, doit être retouchée, comme l'a été l'œuvre du maître sculpteur, qui a cru devoir compléter sa maquette, conçue primitivement avec la simple et hugolienne antithèse de Pasteur dominant la Mort en fuite : Falguière a placé, à droite de la composition, un groupe, une mère et son enfant sauvé qui remercient le bienfaiteur; et, en arrière de Pasteur, une Renommée ailée qui le couronne de laurier. Ajoutons que la souscription du monument Pasteur, souscription internationale qui a produit autant à l'étranger qu'en France, a dépassé aujourd'hui trois cent vingt mille francs.

LA PEINE DE LA CASTRATION. — Un bill vient d'être introduit dans la législation du Kansas, ordonnant que tout homme convaincu de viol, tout ministre de la religion ou maître d'école convaincu d'avoir abusé d'une fille de moins de dix-huit ans, sera emprisonné pour 5 ou 20 ans et *castré un an après son incarcération. (Bulletin méd.* 18 mai).

MÉDECIN CENTENAIRE. — Le dernier survivant de la guerre de l'Indépendance en Grèce, le Dr Mavrogenis, vient d'accomplir sa centième année. Né à Paros en 1798, il abandonna ses études en 1821, quittant une université italienne et rentra en Grèce où il se distingua dans plusieurs batailles. Les nombreuses blessures qu'il avait reçues ne l'ont pas empêché d'atteindre un age extraordinaire. Le docteur est très bien portant et habite avec une sœur, son aînée de dix ans. (*Le Temps*).

L'ESPRIT DES AUTRES. — « Il faut détruire la gloire militaire, la mettre au niveau de celle du maître d'armes : elle n'est pas autre chose. Les Anciens le savaient : *ce n'était pas la victoire remportée qui leur faisait estimer un citoyen, un chef politique, c'était la vertu, la raison, l'éloquence, c'était la cause qu'il défendait.* » (P.-J. Proudhon, *Napolon Ier*, p. 58-59).

NÉCROLOGIE. — Le Dr DUCOUDRAY, né à Issoudun en 1842, vient de mourir. Candidat à la députation en 1882 dans l'arrondissement de Cosne (Nièvre), il échoua. En 1885, il fut élu sur la liste radicale et, en 1889, il fut réélu par l'arrondissement de Cosne. Il échoua en 1893. Il fut élu sénateur le 3 janvier 1897. — M. DEZANNEAU (d'Angers), correspondant de l'Académie de Médecine. — M. le Dr CHAUVEL (de Quimper). — M. le Dr MARTIN (de Troyes). — M. le Dr MIRADOUX (Gers).

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr SABOURAUD, le mardi à 10 heures, dans le laboratoire de l'Ecole, leçons théoriques et pratiques *sur les maladies du cuir chevelu.*

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — *Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie.* — M. le Dr SEVESTRE, le lundi à 9 heures du matin, pavillon Trousseau : un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie).

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Pr Albert ROBIN, médecin de la Pitié, a suspendu son cours le lundi 16 mai courant, pour le reprendre le lundi 23 du même mois et le continuer les lundis suivants à 9 h. 3/4 du matin à l'hôpital de la Pitié.

ASILE CLINIQUE. (Sainte-Anne.) — *Clinique des maladies mentales* : Pr JOFFROY, le samedi à 10 heures.

HÔPITAL ANDRAL. — MM. Albert MATHIEU et Maurice SOUPAULT, conférences cliniques sur les maladies de l'appareil digestif, le vendredi, à 10 heures du matin.

Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac. — MM. Albert MATHIEU, médecin de l'hôpital Andral, Maurice SOUPAULT, ancien interne des hôpitaux de Paris, J.-Ch. ROUX, interne des hôpitaux et LABOULAIS, ancien interne en pharmacie, ont commencé, le 16 mai 1898, une série de conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. Ce cours durera deux mois. Les elèves seront exercés individuellement aux manipulations indispensables pour le diagnostic. Se faire inscrire : au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

HÔPITAL TENON. — M. le Dr A. BÉCLÈRE, le vendredi, à 10 h. 1/2 du matin : conférences et exercices pratiques sur les applications de la découverte de Rœntgen au diagnostic médical.

HÔTEL-DIEU. — *Clinique chirurgicale.* — M. le Pr DUPLAY, le mardi et le vendredi à 10 heures.

ASILE DE VILLEJUIF. (Tramway du Châtelet). — *Maladies mentales.* — M. TOULOUSE : lundi à 9 h., visite du service; à 10 h., examen d'un malade par un élève; à 10 h. 1/2 leçon clinique.

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

3e SÉRIE. T. VII. N° 23. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 4 JUIN 1898

Le Progrès Médical

HYGIÈNE

Applications de l'Ozone à l'hygiène publique et à l'hygiène de l'alimentation à l'aide de procédés spéciaux :

Par le Dr L.-R. REGNIER, ancien Interne des Hôpitaux de Paris, chef du Laboratoire d'Electrothérapie de la Charité, et Marius OTTO, docteur ès sciences.

M. le Dr Bérigny a, durant de longues années, étudié l'action de l'ozone sur l'organisme humain. Par un travail long et opiniâtre, il a pu établir des statistiques dont le résultat très net affirmait les principes posés par Bœckel : les grandes épidémies ne se déclarent que si l'ozone fait défaut dans l'air atmosphérique à l'endroit où elles apparaissent.

Avant que le Dr Bérigny fît ces études, l'ozone était déjà connu et étudié ; mais si Van Marum l'avait découvert et nommé l'*odeur de la matière électrique*, si Schonbœin avait précisé ses conditions, ses modes de formation, et baptisé « Ozone », c'est en grande partie aux Drs Bœckel et Bérigny que l'on doit d'avoir attiré l'attention des hygiénistes, des physiologistes et des médecins sur l'influence énorme exercée par l'ozone sur la santé.

Depuis, de nombreux savants, chimistes ou médecins : Bineau, Houzeau, Scoutetten, Sterry Hunt, Andrews, Sainte-Claire Deville, Denza, Cook, sir Benjamin Richardson, Wood, Christmas, Chappuis, de Pietra Santa et bien d'autres, ont mis en évidence les propriétés oxydantes, stérilisantes et antiseptiques de l'ozone.

Grâce à ce gaz, la nitrification des matières organiques s'opère presque instantanément : l'hydrogène sulfuré, les acides sulfureux et nitreux sont convertis en acides sulfurique et nitrique.

L'oxydation de l'hémoglobine du sang est activée. Les réactions chimiques qui permettent dans les poumons l'assimilation de l'oxygène de l'air par le liquide sanguin pour sa revification sont rendues plus promptes. Au point de vue du mécanisme respiratoire, l'ozone peut donc être employé avec succès.

Sous l'action de l'ozone, les liquides impurs, contaminés, sont stérilisés de la façon la plus parfaite.

En présence de l'ozone, les matières alimentaires, viandes, lait, se conservent presque indéfiniment.

Les propriétés antifermentescibles et microbicides de l'ozone sont donc bien nettes.

Son pouvoir oxydant est tel qu'à son contact les miasmes, les microbes sont instantanément détruits, oxydés et cette oxydation est si complète et si vive qu'elle est accompagnée de production de lumière.

En effet, dans son rapport à l'Académie des Sciences de Paris (1), le Dr Otto a annoncé qu'en mettant brusquement en contact dans l'obscurité, de l'eau ordinaire et de l'ozone, il y a production d'une lumière bleuâtre plus ou moins vive suivant que l'eau est plus ou moins chargée de matières organiques, et cette production de lumière est suffisamment vive pour qu'elle soit encore visible même si on opère sur de très petites quantités d'eau et d'ozone. Ainsi, en alimentant une trompe de laboratoire avec une eau de rivière quelconque et en faisant aspirer à l'appareil une atmosphère contenant une certaine quantité d'ozone, la trompe se détache parfaitement lumineuse dans l'obscurité, principalement au point où le mélange intime se fait.

On peut alors recueillir, s'écoulant de la trompe, une eau qui demeure lumineuse pendant quelques secondes, jusqu'à ce que l'oxydation de toutes les matières organiques soit terminée.

L'ozone est donc un rapide et puissant stérilisateur pour les liquides.

Dans l'air, le mélange étant plus intime, la stérilisation est plus rapide que dans les liquides. En se diffusant dans l'air, l'ozone se détruit peu à peu en rencontrant les matières organiques qu'il oxyde instantanément.

Si, au bout d'un certain temps, il reste dans l'air une trace d'ozone, c'est qu'il n'y a plus trace de matières organiques à oxyder.

L'air est alors parfaitement stérilisé.

Cet air qu'on rencontre à l'état naturel dans les montagnes et au bord de la mer, c'est l'air des sanatoria. Il contient un léger excès d'ozone libre : 3 milligrammes, 4 par 100 mètres cubes d'air à Chamonix, 9 milligrammes, 4 par 100 mètres cubes d'air aux Grands-Mulets. Depuis 1865, le Dr de Pietra Santa a démontré que si on envoie là des malades, des tuberculeux principalement, l'amélioration de leur état, et parfois la guérison, sont dues aux propriétés revivifiantes de ces atmosphères stérilisées.

Mais il y a souvent bien des inconvénients à conduire des malades dans les sanatoria ou dans les stations maritimes ou montagneuses : dans l'état de débilité physique où ils sont, un long trajet en chemin de fer peut leur être fatal : dans leur état de faiblesse morale, un voyage qui les isole de leur famille, de leurs amis peut souvent aggraver le mal.

On a donc cherché par tous les moyens possibles à créer artificiellement des atmosphères ayant les mêmes qualités que les atmosphères des sanatoria les plus réputés afin de soumettre les voies respiratoires des malades au régime antiseptique et revivifiant de ces atmosphères sans priver le malade lui-même des soins dont l'entourent sa famille et son médecin habituel.

Pour arriver à créer ces atmosphères artificielles on a fabriqué et livré au commerce de petits ozonateurs transportables. Ces appareils donnent avec difficulté des quantités insuffisantes et irrégulières d'ozone. De plus, dans ces appareils qui fonctionnent avec un effluve dans lequel on fait passer de l'air ordinaire, il ne se forme pas que de l'ozone. Il y a bien polymérisation simple de l'oxygène, mais il se fait aussi entre l'oxygène et l'azote des réactions secondaires qui conduisent à la formation de produits nitreux et d'acide nitrique en assez grande quantité.

Avec ces ozonateurs le malade respire la plus grande partie du temps un air contaminé parce que l'ozone pro-

(1) Comptes rendus, [illegible], Tome XXVII, page [illegible].

duit n'est pas suffisant pour aseptiser l'atmosphère d'une chambre

Lorsque le malade s'approche de l'inhalateur il absorbe à chaque inspiration soit de l'air contaminé, soit un mélange d'air non encore complètement stérilisé et d'ozone impur qui oxyde violemment au lieu de revivifier graduellement. D'où les hémoptysies qui se produisent parfois chez les malades après une inhalation de quelques minutes.

Si l'on considère que les quantités infimes d'ozone contenues dans certaines atmosphères — 4 à 10 milligrammes d'ozone pour 100 mètres cubes d'air — sont encore trop actives pour certains organes respiratoires débilités, on se rendra aisément compte que ces absorptions irrégulières de très petites quantités d'ozone trop concentré et impur ne peuvent avoir qu'une action plutôt néfaste sur la généralité des malades.

Les petits ozonateurs médicaux conduisent donc à un traitement qui est loin de représenter le traitement idéal parfaitement antiseptique et graduellement revivifiant qu'on est en droit d'attendre de l'ozone pur.

Or, avec ces appareils défectueux, d'un fonctionnement irrégulier avec lesquels on fait absorber au malade l'ozone produit au hasard de sa production, sans qu'il soit possible d'en régulariser le débit, ce qui fait que le malade respire tantôt de l'ozone trop concentré et tantôt de l'air chargé de miasmes et de microbes, des spécialistes ont obtenu des guérisons ou des améliorations qu'aucun autre traitement n'aurait permis d'espérer. Nous-mêmes nous les avons employés avec succès.

Il est donc absolument certain qu'en régularisant l'emploi de l'ozone, les tuberculeux, les anémiques, les coqueluchcux, les asthmatiques, les emphysémateux trouveront toujours un soulagement, voire la guérison à respirer des atmosphères spécialement préparées pour eux.

Pour donner à chaque malade l'atmosphère qui lui convient il est nécessaire de lui faire respirer un air dont le degré d'ozonification variera lentement jusqu'à ce que le médecin qui l'étudie ait pu déterminer la dose d'ozone qui convient à son état.

Alors le malade sera chaque jour ou constamment plongé dans une atmosphère aseptisée contenant le même nombre de milligrammes d'ozone pour 100 mètres cubes d'air pendant tout le temps de sa cure. Ceci facilitera considérablement la création de services spéciaux pour les tuberculeux pauvres dans les hôpitaux. Car sans grandes dépenses on pourra les faire ainsi bénéficier de la véritable cure d'air.

Ici un point très important est à noter en faveur des atmosphères artificielles.

Le médecin pourra faire varier le pouvoir oxydant de l'air suivant la marche de la maladie, ce qui est matériellement impossible dans les sanatoria.

Toutes les considérations qui précèdent conduisent donc à créer des atmosphères artificielles ozonées à volonté

Pour cela, plusieurs problèmes restaient à résoudre :

1° Avoir une méthode de dosage rapide. exacte, permettant de faire les mélanges dans les proportions voulues ;

2° Avoir un appareil qui mélange d'une façon intime l'air et l'ozone en proportion définie avant de les envoyer dans la salle d'inhalation ;

3° Produire de grandes quantités d'ozone concentré, afin de pouvoir y puiser ce qui est nécessaire pour faire les mélanges ;

4° Détruire l'excès de produits nitreux formés par l'effluve, pour laisser l'équilibre entre l'ozone et ces produits s'établir normalement, ainsi que cela a lieu dans la nature.

Résoudre ces différents problèmes, c'est rendre rationnelle la méthode du traitement par l'ozone, c'est rendre pratique l'emploi du médicament gazeux, préparé selon une ordonnance de médecin ; c'est assurer la guérison de la plupart des maladies infectieuses, la guérison de l'anémie ; c'est combattre victorieusement la tuberculose.

C'est ce que permettent de réaliser les appareils du Dr Otto, qui a déjà publié sur l'ozone un grand nombre de communications importantes.

Il avait déjà présenté au Congrès de Bordeaux, en 1893, un appareil de dosage rapide de l'ozone.

Aujourd'hui, il est parvenu à combiner un appareil qui donne une indication instantanée de la concentration en ozone d'un mélange d'air et d'ozone.

Cet appareil donne non seulement une indication instantanée, mais il enregistre les résultats.

Les bandes de l'enregistreur de cet appareil permettent donc toute vérification ultérieure, pendant que l'appareil indiquera, à chaque instant, ce qu'il faudra prendre d'air ozoné pour créer l'atmosphère artificielle demandée.

Quant au mélange d'air atmosphérique et d'air ozoné destiné à l'aseptiser, il ne sera pas fait au hasard.

Le Dr Otto a, en effet, combiné un titreur-mélangeur, permettant de régler avec la plus grande facilité les débits des gaz à mélanger.

Nous avons donc maintenant la facilité, étant donnée une source d'ozone concentré, de créer des atmosphères artificielles contenant exactement ce qu'il faut d'ozone libre pour guérir les malades sans les oxyder mortellement.

Reste la question de la production de l'ozone, la plus grave et la plus importante.

En effet les travaux que je viens de citer ne présenteraient qu'un très médiocre intérêt si l'on n'avait pu nous procurer la source d'ozone qui nous est nécessaire.

Heureusement cette lacune a été comblée par le Dr Otto dont le nouvel ozoneur à électrodes mobiles produit de l'ozone à volonté.

Jusqu'ici pour faire de l'ozone les meilleurs appareils étaient formés de 2 séries d'électrodes, équidistantes, planes, cylindriques ou sphériques, unies ou hérissées de pointes. Les électrodes de noms contraires étaient séparées par une lame diélectrique qui résistait au passage de l'effluve qu'on faisait jaillir entre ces électrodes.

En principe la puissance totale absorbée par l'appareil devait se répartir uniformément sur toute la surface des électrodes et former un effluve ou une pluie de feu bien homogène.

En pratique cela se passait ainsi pendant un certain temps seulement au bout duquel l'intensité totale passait de l'une à l'autre électrode par un seul point en y déterminant la formation d'un arc de court circuit.

La formation de cet arc présentait de graves inconvénients. En premier lieu l'effluve s'éteignait dans tout l'appareil et la production en ozone tombait d'un seul coup à zéro. Ensuite l'appareil ne pouvait plus fonctionner sans être réparé. La feuille de verre servant de diélectrique était brisée et les électrodes souvent fondues au point où l'arc avait jailli, en tous cas endommagées.

Avec de tout petits appareils les courts circuits

étaient rares, mais la quantité d'ozone était très faible. Aussitôt qu'on augmentait la grandeur ou le nombre des appareils, c'est-à-dire aussitôt que la puissance absorbée devenait tant soit peu considérable, les courts circuits devenaient fréquents.

On pouvait à volonté avec ces appareils avoir un très petit débit d'ozone très régulier pendant un certain temps ou un grand débit irrégulier jusqu'au premier court circuit, mais il était impossible d'assurer un débit d'ozone un peu fort et régulier. Il était donc nécessaire pour avoir une bonne production d'ozone d'avoir des appareils à grande surface et d'y empêcher la formation de courts circuits. Ce résultat a été atteint par le Dr Otto avec son ozoneur à électrodes mobiles.

Le principe de l'appareil est le suivant :

Un arc de court circuit ne s'établissant pas instantanément entre deux électrodes, si ces électrodes au lieu d'être fixes, sont mobiles, de telle sorte que leur distance varie à chaque instant, un arc de court circuit n'aura pas le temps de s'établir entre ces deux électrodes pendant qu'elles sont à leur distance minima.

L'appareil ne pouvant plus être dérangé par de courts circuits pourra absorber une puissance aussi grande qu'on voudra et produira d'une façon régulière de grandes quantités d'ozone.

Voilà le principe de l'appareil. Quant à sa forme, elle peut varier presque à l'infini. Deux dispositifs semblent pourtant plus facilement réalisables.

1° Les deux électrodes de noms contraires sont constitués, par deux cercles parallèles placés vis à vis l'un de l'autre. L'un des cercles porte N secteurs conducteurs, l'autre (N + 1) secteurs conducteurs garnis de nombreuses pointes. L'un de ces cercles est mobile autour de son centre dans son plan. Grâce à ce dispositif de N secteurs sur un cercle et (N+I) secteurs sur l'autre cercle, la puissance en watts absorbée par l'appareil sera à peu près constante, tandis que la distance d'un point d'une électrode à un point de l'autre, sera constamment variable.

2° Les électrodes sont constituées par deux cylindres concentriques ayant le même axe. L'un de ces cylindres est mobile par rapport à l'autre, autour de son axe, et porte N bandes conductrices dirigées suivant les génératrices de sa surface. L'autre cylindre porte (N + I) bandes conductrices garnies de nombreuses pointes.

Avec ces appareils, on peut, sans craindre les courts circuits, utiliser d'une façon régulière, des puissances de plusieurs milliers de watts à polymériser de l'oxygène.

C'est la fabrication industrielle de l'ozone résolue, c'est-à-dire l'emploi de l'antiseptique idéal rendu pratique.

Nous pourrons donc, grâce à ces appareils, faire des atmosphères artificielles et constantes au sein des villes, nous, pourrons stériliser les eaux de table, les eaux d'alimentation, les produits alimentaires, les eaux résiduaires des villes, et les recherches que nous avons entreprises sur ces différents problèmes, mais dont nous ne pouvons encore donner les résultats définitifs, nous permettent d'espérer que nous aurons fait réaliser à la science sanitaire un de ses plus utiles progrès.

Société médico-psychologique. — Séance du lundi 6 juin, à quatre heures précises, rue de l'Abbaye, 3. — *Ordre du jour* : 1° Présentation d'un pupillomètre clinique : M. Toulouse. 2° Rapport de candidature : MM. Séglas, Sérieux. 3° Anatomie pathologique et étiologie de la paralysie générale (*suite*) : M. Arnaud. 4° Communications diverses.

MÉDECINE OPÉRATOIRE

Les Opérations nouvelles et rares sur les voies biliaires (*suite*) (1).

Les Opérations exceptionnelles sur le Cholédoque;

Par **Marcel BAUDOUIN**,
Préparateur du Cours d'Opérations à la Faculté de Médecine de Paris.
Rédacteur en chef des *Archives provinciales de Chirurgie.*

Cholédocholithotripsie.

Définition. — La *Cholédocholithotripsie* consiste dans l'écrasement sur place des calculs qui obstruent le cholédoque, et cela à travers les parois de ce canal intact. On s'efforce ensuite d'en faire cheminer, en les refoulant avec les doigts, les fragments généralement vers l'intestin.

Nous ne pensons pas, comme nous l'avons dit plus haut, qu'on puisse faire rentrer dans cette dénomination la manœuvre qui consiste à déloger simplement les calculs du cholédoque par une sorte de refoulement et de massage, plus ou moins analogue à celui qu'avait proposé Maunoury, et à les faire tomber dans le duodénum, refoulement que nous avons précédemment décrit comme une opération spéciale. En effet, à vouloir englober ainsi sous la même dénomination deux manipulations très différentes, on risquait de ne pas pouvoir dégager les avantages ou les inconvénients, la gravité propre de chacune de ces deux opérations, réellement très distinctes, comme l'avait déjà fait d'ailleurs remarquer Courvoisier.

Historique. — La cholédocholithotripsie a été pratiquée, pour la première fois, par Langenbuch, le 10 août 1886; mais il est juste de noter que L. Tait avait déjà appliqué cette méthode sur le canal cystique. Toutefois Langenbuch, au lieu de refouler les fragments calculeux dans l'intestin, les fit passer dans la vésicule qu'il extirpa ensuite ; et son opérée... mourut.

En somme, la première cholédocholithotripsie complète et suivie de succès fut pratiquée par Courvoisier, le 16 novembre 1886. Ce chirurgien a, depuis, exécuté plusieurs fois cette opération. En 1890, il avait déjà pratiqué six fois cette intervention. Son exemple a été suivi par de très nombreux opérateurs, et, en particulier, par Crédé, Thornton, Kocher, et surtout par Mayo Robson, qui a déjà publié 12 cas, puis par Thiriar et Roux.

Depuis quelques années, cette intervention semble un peu délaissée, au profit de la cholédochotomie.

OBSERVATIONS.

Observation I.

Langenbuch (Cas I) (10 août 1886) (2).
(Résumé).

Calcul du Choledoque. — *Vésicule atrophiée. — Massage du cholédoque. — Lithectomie cholédochienne par voie cholécystique.* — Cholédocholithotripsie. — *Cholécystectomie. — Mort.*

Mme H..., 43 ans. — Entre en juillet 1886.

---

(1) Voir *Progrès médical*, 25 juillet et 1er aout 1896; 5. 12 juin, 3, 24 juillet, 21, 28 aout, 25 septemb., 2 octob. 1897 et 29 janv. 1898.

(2) Langenbuch. — *Berl. klin. Woch.*, 1886, nos 41 et 42, p. 720. — An. in Jourdan, *loc. cit.*, p. 127. — La traduction de cette observation a été publiée *in extenso* dans la thèse de M. Calot (*De la cholécystectomie*, Paris, 1891, p. 201-202).

Diagnostic : Calcul du cholédoque. En observation pendant 3 semaines.

Opération. — Incision exploratrice. Vésicule petite, adhérente. Deux calculs, longs de plusieurs centimètres, dans le cholédoque, et larges de plus d'un centimètre. On essaya de les *repousser du côté de la vésicule biliaire* (Massage du cholédoque); mais on ne réussit à déloger que l'un d'eux, qui fut extrait par la vésicule (Lithectomie par voie cholécystique). L'autre put être broyé, à l'aide d'une pince, dont les mors furent garnis d'*amadou*, trempé dans du sublimé. On le réduisit en petits fragments, qu'on fit passer, ainsi que les autres petits calculs du cystique, dans la vésicule. Le canal cholédoque fut alors entièrement libre. (Cholédocholithotripsie). — La vésicule fut ensuite enlevée. Fermeture de l'abdomen. — Opération d'une durée de deux heures.

Suites. — Diarrhée avec bile, immédiatement après; le cholédoque était donc bien désobstrué. Mais l'état s'aggrava. Mort 22 heures après l'opération, par collapsus.

Autopsie. — On trouva dans le cholédoque, considérablement dilaté, quelques morceaux du calcul broyé : mais il restait un calcul dans la dilatation en forme d'ampoule qui précédait la bouche du canal cholédoque dans le duodénum. Ce calcul était gros comme une noix (1).

Observation II.

Courvoisier (Cas I).

Premier cas. — 16 novembre 1886 (2).

Observation III.

Courvoisier (Cas II) (3).

Observation IV.

Crédé (Cas I) (14 décembre 1888).

(Traduction *in extenso*).

Calculs de la vésicule biliaire. — *Cholécystectomie.* — Calcul du cholédoque. — Cholédocholithotripsie. — *Cysticectomie secondaire.* — *Résection hépatique.* — *Guérison* (4).

K..., sage-femme, âgée de 44 ans, a eu, cinq ans avant l'opération, un violent catarrhe stomacal et, un an après, son premier accès de *coliques hépatiques*.

L'année avant l'opération, elle n'a pas cessé d'avoir des crises. Elle présentait constamment une teinte *ictérique* et maigrissait, au point de ne plus pouvoir exercer sa profession.

Comme dans presque tous les cas où il s'agit d'une dégénérescence de la vésicule biliaire, on ne pouvait découvrir qu'un foie très gros; mais rien ne faisait constater l'existence d'une vésicule, ni la percussion, ni la palpation.

Opération. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouva le foie adhérent à la paroi abdominale, le bord du foie fortement lésé et cicatrisé, tout à fait recouvert par de fausses membranes inflammatoires. C'est à grand'peine qu'on isola et ouvrit la vésicule; sa muqueuse était tout à fait dégénérée et cicatrisée. La vésicule ne contenait que quelques grammes de liquide et *deux calculs*, gros comme des cerises, la remplissant presque en entier. On les enleva; et on constata, en explorant la face interne, que l'extrémité de la vésicule n'était pas en forme d'entonnoir, mais tout à fait arrondie. On ne put trouver le plus petit orifice de sortie. A l'aide de l'ablation complète de la vesicule, le canal cystique fut dégagé des fausses membranes qui l'enveloppaient; et on fit cette désagréable découverte qu'à cinq centimètres de l'extrémité de la vésicule se trouvait une tumeur, grosse comme une cerise. Après avoir isolé cette tumeur, on vit qu'il s'agissait d'un *calcul situé au commencement du cholédoque*, à l'endroit où le foie et le canal biliaire se réunissent; et on pouvait voir et sentir nettement qu'il se trouvait à trois centimètres de l'embouchure du canal cholédoque dans le duodénum, et qu'il n'y avait pas moyen, grâce à une adhérence intestinale, de le repousser par perforation dans l'intestin. Eu égard à l'imperméabilité du cystique, on ne pouvait non plus songer à ramener le calcul dans la vésicule biliaire.

On avait donc le choix entre deux perspectives : ou terminer l'opération en extirpant la vésicule biliaire, sans guérir le malade pour cela, le dernier calcul étant l'origine de tout le mal; ou enlever ce calcul d'une manière ou d'une autre.

On ne pouvait songer à ouvrir le cholédoque; la plaie n'aurait pu être fermée d'une manière durable, même par la meilleure suture; car, vu la tension et le mauvais état des tissus, elle n'aurait pas tenu, et la malade fut sûrement morte par suite d'une irruption de la bile dans la cavité abdominale (1). Crédé résolut alors d'essayer de broyer le calcul, à travers les parois du canal cholédoque, laissant l'évacuation des débris à la nature, la perforation du canal ne présentant pas, d'ailleurs, plus de danger pour la vie de la malade que la situation présente. Le procédé utilisé, qui, au dire de Crédé, n'aurait pas encore été employé, consista à recouvrir les extrémités d'une pince à mors granuleux, très forte, de tubes en caoutchouc, et à exercer une pression prudente et progressive sur le calcul. Après vingt secondes, ce calcul était broyé, et les parois du canal, prises entre les mors de la pince, ne parurent pas gravement lésées. On broya ensuite les premiers fragments avec les doigts, jusqu'à ce qu'il ne restât plus de morceaux plus gros qu'un pois. On put facilement repousser ces fragments vers le foie, mais non vers la vésicule ou l'intestin, preuve que le calcul était déjà là depuis longtemps et que le canal cystique était presque fermé par suite d'inflammation.

Le canal cystique fut lié en deux endroits et réséqué; la vésicule biliaire fut séparée du foie qui y était adhérent. On dut enlever quatre centimètres carrés de l'organe hépatique, et l'hémorragie fut arrêtée par la cautérisation avec l'appareil de Paquelin.

La vésicule biliaire était complètement dégénérée, et son canal d'évacuation très enflammé dans les divers points de son étendue.

Suites. — Les suites de l'opération furent aussi favorables que possible. Pendant six semaines, il y eut des accès de coliques hépatiques, accompagnés de forte fièvre. 30 et 38 jours après l'opération, cinq fragments de calculs furent évacués dans les selles. Les plus gros avaient la grosseur d'un pois. Depuis, la santé de la malade, opérée le 14 décembre 1888, est restée excellente.

Observation V.

Courvoisier (Cas III) (5 mars 1889) (2).

Résumé (3).

Calcul de la vésicule. — Calcul du Cholédoque. — *Cholécystostomie à fixation dernière.* — Cholédocholithotripsie. — *Fistule.* — *Calcul de l'hépatique et du cholédoque.* — *Cholédochotomie.* — *Cholécystentérostomie.* — *Lithectomie hépatique par voie cholédochienne.* — *Guérison.*

Observation VI.

Thornton (Cas I) (16 mars 1889).

(Traduction *in extenso*).

Calculs du Cholédoque. — Cholédocholithotripsie. — *Cholécystectomie.* — *Guérison* (4).

Malade de l'hôpital, non mariée, âgée de trente-sept ans. Symptômes depuis une année : deux *attaques* sérieuses de *coliques*. Après la seconde attaque, elle fut examinée par M. le Dr Goodhart, qui diagnostiqua des *calculs biliaires*. Elle n'a-

(1) Il aurait fallu évidemment, si l'on avait pu en soupçonner l'existence, enlever ce calcul (*N. d. Tr.*).

(2) Voir Courvoisier. — *Cas. stat. Beit. z. Chir. d. Gallenwege*, 1890, p. 78. — *Orig. K. Gesch. Dir. Spital* Riehen, 1886.

(3) *Loc. cit.*, 1890. — Voir les Cas 1.533 et 1.625 pour ces deux observations.

(4) Crédé (de Dresde). — *Zur Chirurgie der Gallensteinkrankheit*; in *Verhandlungen der deut. Gesellsch. f. Ch.*, 1889, p. 232, 241. [Tr. — I. B. S.].

(1) Ce qui est loin d'être démontré. (*N. d. Tr.*).

(2) Courvoisier. — *Casuist. Stat. Beitr. z. Chir. d. Gallenwege.* — Leipzig, 1890, p. 281 (Cas 1.658).

(3) Voir l'Observation *in extenso* au chapitre de la *Lithectomie hepatique* (Obs. I).

(4) Thornton. — Cité par Courvoisier, nº 1694.

vait jamais eu de jaunisse; mais les excréments avaient toujours été pâles, depuis le premier accès.

Opération. — Elle fut exécutée le 16 mars 1889. Incision habituelle. La vésicule biliaire est en bon état; il n'y a aucune adhérence. On trouve deux calculs bien nets dans le canal cholédoque. Après avoir aspiré et ouvert la vésicule biliaire, Thornton reconnaît impossible la dilatation du canal cystique, qui s'était oblitéré en arrière des calculs. Par suite, il doit les mettre en pièces, à l'aide d'une fine aiguille introduite à travers la paroi du canal cholédoque; puis il broie les fragments à l'aide d'une paire de pinces (celles dont on se sert d'habitude pour les polypes du nez, les mors étant garnis de tubes en caoutchouc rouge). La vésicule biliaire ayant été très maltraitée pendant les efforts de dilatation du cystique, Thornton se décida à l'enlever. Le foie était augmenté de volume, congestionné, et causa, au cours de l'opération, une grande gêne. Thornton trouva l'opération bien plus difficile que dans le premier cas qu'il a communiqué à la Société médicale de Londres dans sa dernière communication sur la chirurgie hépatique.

Suites. — Après l'opération, la malade fut indiscutablement atteinte de jaunisse pendant huit ou neuf jours; et dans l'urine il y avait une grande portion de bile. Les premiers flots de bile qui s'écoulèrent furent de couleur brune; les fragments de calculs commencèrent à passer le onzième jour.

Toutefois l'opérée recouvrait la santé, et retournait chez elle au bout d'un mois.

Observation VII.

Kocher (Cas I) (13 mai 1889).
(Traduction *in extenso*) (1).

Calculs (deux) du Canal Cholédoque. *Dilatation du canal. Disparition de la vésicule biliaire et atrophie du Cystique.* — Cholédocholithotripsie. — *Cholédocho-entérostomie* (1er *temps* exécuté seulement). — *Guérison.*

H. K..., âgé de 52 ans, entre à l'hôpital le 22 avril 1889.

Le père du malade est mort de phtisie à l'âge de 62 ans. La mère, âgée de 75 ans, vit encore, et est bien portante. Un frère a 40 ans; une sœur est morte de phtisie à l'âge de 24 ans. Personne dans la famille n'a souffert de lithiase biliaire.

Le malade aurait eu le typhus avec une *congestion pulmonaire* à l'âge de 4 ans. En 1855-1860, époque à laquelle il était employé de chemin de fer en Croatie, il a eu des accès de *fièvre intermittente,* après avoir présenté des troubles gastriques, et, probablement, un *typhus ambulatorius.*

Autrement, le malade était vigoureux et bien portant. Il dit n'avoir jamais eu d'affections vénériennes. En 1868, nouvelle *pneumonie,* qui guérit sans complications.

Pendant son séjour à Vienne, en 1873, il fut brusquement pris de douleurs, sorte de *coliques* violentes, qui durèrent 24 heures. Le malade ne sait si, à ce moment, il a eu, ou non, de l'ictère. En 1876, le malade a eu une seconde attaque analogue, à Berne. Ici aussi, le malade ne sait rien sur l'ictère. De 1876 jusqu'à l'hiver de 1877, les attaques revinrent 4 fois. En 1884, une attaque qui dure 2 jours. Un médecin, appelé à cette occasion, constata la présence de l'*ictère.* Lorsque le malade, après l'attaque, alla à la selle, on trouva dans les matières plusieurs calculs de la dimension d'un grain de café. En 1887, les attaques devinrent très fréquentes, 2 environ par mois; duraient 1 à 2 jours, et s'accompagnaient toujours d'ictère. Du 17 novembre au 20 décembre, le malade a été obligé de garder le lit, à cause de douleurs devenues presque continues. Accalmie pendant 2 jours, puis réapparition des douleurs qui obligent le malade à garder le lit pendant plusieurs semaines. Il ne sait pas si, à ce moment, il était ictérique ou non. Il n'y avait pas de calculs dans les selles, qui étaient très peu colorées, et même, par moments, incolores. Le 10 février 1888, on trouve dans les selles du sang et des membranes, mais peu de calculs. A cette époque, le malade ne souffrait pas beaucoup, et même se trouvait bien depuis quelques jours. Le 11 février, à 5 heures du soir, syncope subite suivie de convulsions généralisées à tous les muscles du corps. Le malade resta sans connaissance jusqu'au lendemain matin. Après cette attaque, il se sentit faible pendant un long temps. Le ventre resta longtemps douloureux dans la région de l'hypocondre droit, mais sans qu'il y eût de tympanisme. Jusqu'à l'été, le malade eut des tiraillements et des douleurs dans la région hépatique, qui disparurent peu à peu. Le 1er avril 1888, nouvel accès de coliques, suivi de frissons. Les frissons se répètent pendant 14 jours, tous les jours, en s'accompagnant d'une élévation de température à 40°. L'ictère augmente d'une façon notable depuis la fin de mars 1889 jusqu'au moment où le malade entre à l'hôpital. Depuis longtemps, le malade est incapable de travailler.

Le 13 avril 1889, expulsion indolore d'un gros calcul avec les selles. (Voir la figure dans le texte allemand). D'après le médecin, qui a soigné le malade, la crise du 11 février 1888 ressemblait à un accès d'urémie. Les convulsions, qui ont envahi tout le corps, ont duré toute la nuit. Le lendemain matin, on trouva dans l'urine une masse muqueuse épaisse, verdâtre, ressemblant à de la bile; la même masse se retrouvait dans les urines encore pendant 3 semaines après l'accès. A ce moment, le malade aurait été *ictérique* au plus haut degré, et la vésicule ou le foie auraient descendu jusqu'à la symphyse. Le malade a été vu après l'accès, par le Pr Lichtheim, qui a dit que les masses contenues dans l'urine étaient de la bile. Du 22 décembre 1887 jusqu'au 10 février 1888, le malade aurait été très ictérique et les selles décolorées.

Etat actuel. — Le 1er mai 1889. — Homme bien bâti, bien musclé, assez maigre, *ictérique* au plus haut degré. Peau et conjonctives colorées en jaune intense. Langue humide, non chargée; pupilles égales, réagissant d'une façon normale.

Rien d'anormal du côté des poumons.

Limites du cœur : en haut, bord supérieur de la quatrième côte; à gauche : un travers de doigt en dedans de la ligne mammaire; à droite : bord gauche du sternum; la pointe bat dans le cinquième espace intercostal en dedans de la ligne mammaire. Limites des poumons, à droite : bord supérieur de la sixième côte dans la ligne mammaire; à gauche : dans la ligne axillaire de la huitième côte.

Abdomen. — Un peu distendu dans les parties supérieures, surtout à droite, non douloureux à la pression, de sorte que la respiration est nettement costo-abdominale. Le bord tranchant du foie se sent nettement; dans la ligne mammaire, il dépasse de quatre travers de doigt le rebord des fausses côtes. Sur la ligne médiane, il se trouve à égale distance entre la pointe du sternum et l'ombilic, et atteint le rebord costal gauche au niveau de la ligne mammaire gauche. Dans cette région, la matité du foie se confond avec celle de la rate qu'on trouve sur la ligne axillaire de la huitième à la dixième côte. Les régions inguinales ne sont pas mates à la percussion; pas d'épanchement liquide libre dans l'abdomen. Comme nous l'avons dit, le bord du foie est tranchant. Sans chloroforme, *on ne sent rien de la vésicule biliaire.* Rien d'anormal dans l'abdomen, ni à la palpation, ni à la percussion.

Dans les aines, deux ou trois ganglions durs, élastiques, des dimensions d'un haricot. Pas de tuméfaction ganglionnaire.

Les selles, depuis que le malade se trouve à l'hôpital, sont peu colorées. L'urine est foncée avec une réaction de Gueslin très douteuse; pas de sucre, ni d'albumine. Du 24 avril au 13 mai, le poids spécifique a oscillé entre 1,010 et 1,026; la quantité a varié entre 900 et 3,500 cc. Température normale. Pouls régulier, bon, à 60. Appétit bon, sauf pour la viande. Rien d'anormal du côté du dos et des membres inférieurs.

Présentation clinique, le 13 mai 1889 (d'après les notes du Dr Lardy). — *Résumé des antécédents.* — Début de l'affection en 1873, sans cause connue, par des coliques violentes. En 1884, expulsion d'un calcul. Aggravation de l'état en 1887. Le 11 février 1888, convulsions violentes avec coma. Passage de la bile dans l'urine. Le 23 avril 1889, expulsion d'un calcul. Nul doute qu'il ne s'agisse ici d'un cas de *lithiase biliaire.*

Le malade est nettement ictérique. L'urine est foncée et présente toutes les réactions de substances colorantes de la bile. Rien d'a-

(1) Kocher (de Berne). — *Cholelithothripsie bei Choledochus-verchluss mit volliger Genesung*; in *Correspondenzblatt für schweizer Aerzte,* n° 4, p. 97-106, 15 février 1892 (2 fig.). (1. — I. B. S.].

normal du côté des poumons. Le bord du foie se trouve sur la ligne médiane à un travers de pouce au-dessus de l'ombilic, et atteint le rebord costal gauche à la hauteur de la mammaire gauche. Il dépasse le rebord costal droit sur la largeur de la main, au niveau de la ligne mammaire. Ce bord est tranchant, facile à sentir et ne présente aucune irrégularité. La vésicule biliaire est impossible à découvrir. Rien d'anormal du côté d'autres organes.

Malgré l'absence des signes indiquant une distension de la vésicule biliaire, on a certainement affaire à un *obstacle* occupant les canaux biliaires, obstacle qui est certainement formé par des *calculs* qui pourtant n'arrêtent pas complètement le cours de la bile, puisque les selles sont encore colorées. *L'obstacle siège* probablement *dans le canal cholédoque*. Un calcul siégeant dans le canal hépatique pouvait aussi constituer un obstacle à l'écoulement de la bile. Même un calcul dans le canal cystique pourrait aussi provoquer la stase de la bile et de l'ictère. Toujours est-il que l'aggravation permanente de l'état général, les frissons et les douleurs constituent une indication pour l'extraction du calcul biliaire. Ici l'opération peut se trouver compliquée, si l'on n'arrive pas à extraire le calcul, dans le cas où il siègerait dans le canal cholédoque. Si cette éventualité se présentait, il faudrait penser à une *cholécystentérostomie*, pour assurer l'écoulement de la bile. Seulement, on ne sent pas de distension de la vésicule. Dans ce cas, il ne reste plus qu'*à broyer le calcul*; mais c'est un procédé peu sur. On pourrait aussi penser à une *cholécystentérostomie* avec *ligature du canal cholédoque au-dessus et au-dessous du calcul préalablement extirpé*. L'opération de cholécystentérostomie a donné, en effet, de bons résultats.

Mais si nous trouvons un *calcul dans le canal hépatique*, l'abouchement de la vésicule avec l'intestin ne pourra servir à rien. On n'a aucune indication pour faire l'opération à cette hauteur. Ici, encore, il faudra penser au *broiement du calcul*. Nous serons donc obligé de faire d'abord une incision exploratrice, et de procéder ensuite d'après les renseignements que nous fournira l'examen direct. Mais il est très probable que l'obstacle siège dans le canal cholédoque, car l'obstruction du canal hépatique aurait provoqué des suites bien plus graves. *Il manque par contre toute distension de la vésicule biliaire*, et c'est ce qui rend le diagnostic incertain. Peut-être existe-t-il une complication, sous forme d'une communication entre la vésicule biliaire et les voies urinaires, comme nous autorise à le penser l'apparition de la bile dans l'urine.

Opération. — Le 13 mai 1889, avec l'assistance du Dr Landry, incision *oblique* de la ligne médiane vers la ligne axillaire, un peu au-dessus du bord inférieur du foie; hémostase très exacte. Section du droit et des muscles de l'abdomen. Ligature de l'artère et de la veine épigastriques supérieures.

Après la section de l'aponévrose transverse, le péritoine est divisé et suturé à l'aponévrose et au tissu cellulaire sous-cutané, pour protéger les muscles coupés. La surface du foie est granuleuse, rouge-bleue. Le foie est soulevé; et on voit qu'*à la place de la vésicule, il n'existe que des brides fibreuses*, et qu'à ce niveau le côlon, l'intestin et l'épiploon forment une masse soudée. *Il n'existe pas, par contre, d'adhérences avec le rein et la vessie*. Les brides épiploïques sont liées et sectionnées. On peut alors se porter en profondeur sur le côté des anses adhérentes, et on sent à ce moment un *calcul*, gros comme une noix, qui peut servir de point de repère, et qui est rendu visible. Le *canal cholédoque est très dilaté*, et mesure 2 centimètres environ de diamètre. Il descend de la face inférieure du foie, à un travers de doigt environ du sillon profond du foie. En dehors, le canal cystique est représenté par *une simple bride*, courant dans la direction de la vésicule. Le canal cholédoque mesure 3 cm. à 3 cm. 1/2 de longueur, jusqu'au point où il passe derrière le duodénum, sur la face postérieure duquel il peut encore être suivi. Dans la partie dilatée se trouve encore un *second calcul*, moins volumineux. Tous les deux *se laissent facilement écraser entre le pouce et l'index.*

En vue d'une cholédochoduodénostomie ultérieure possible, on réunit le canal cholédoque au duodénum, à l'aide de cinq points de suture; mais, comme pour le moment l'obstacle se trouve levé, et tout danger écarté, on ne fait pas de suture circulaire, ni d'ouverture.

Suites opératoires. — Immédiatement après l'opération: T. 35°,2 et 35°,7; P. 88 et 80.

14 mai 1889. Le malade se sent bien; pas de douleurs de ventre; ictère bien moins marqué que la veille. L'urine renferme encore beaucoup de substances colorantes de la bile; pas d'albumine. T. 36°,4 et 36°,6; P. 81. — 15 mai On enlève les sutures profondes. Le malade urine pour la première fois depuis l'opération 1.500 cc. d'urine avec poids spécifique de 1.022. T. 36°,2, 36°,4 et 36°,7; P. 70, 74 et 76. — 16 mai. T. 36° et 36°,5; P. 72 et 76; urine 1.000 cc. et poids spécifique 1.027. Le malade se sent fort bien. On enlève les sutures. Belle réunion par première intention. Collodion sur la plaie. — 17 mai. T. 36° et 36°,5. Urine 1.200, avec poids spécifique de 1.023. — 18 mai. Le malade, qui n'est pas encore allé à la selle, reçoit un lavement. T. 36°,6 et 36°,8. Urine 1.200 avec poids spécifique de 1.023. — 19 mai. T. 36°,3 et 36°,5. Urine 2.000 avec poids spécifique de 1.016. Le lavement n'a pas fait d'effet. Le soir, second lavement avec de l'eau de Carlsbad. — 20 mai. Lavement avec 30 grammes d'huile de ricin; sans effet. Urine 1.900 cc. avec poids spécifique de 1.012. T. 36°,5 et 36°,7. — 21 mai. T. 36°,6 et 36°,7. Urine 2.000 cc. avec poids spécifique de 1.012. Le malade se sent très bien. *On ne trouve plus que des traces d'ictère même sur la conjonctive.* L'urine renferme bien moins de substances colorantes. Le soir, *selle colorée renfermant de nombreux fragments de calculs biliaires* qui, d'après l'analyse du Pr Nencki, se composent de cholestérine et bilirubine. Le fragment le plus volumineux mesure de 5 cm. de largeur sur 5 mm. d'épaisseur, est assez rond et stratifié. D'autres fragments sont tétraédriques et présentent l'enveloppe vert foncé caractéristique et un noyau jaune verdâtre. T. 36°,6 et 36°,7; urine 2.000 cc. avec poids spécifique de 1.011. — 23 mai. Seconde selle bien plus colorée que d'habitude. Le malade a toujours un peu d'ictère. Une petite quantité de matières colorantes de la bile dans l'urine. *La matité du foie dépasse le rebord costal droit seulement d'un travers de doigt.* Le foie n'est pas douloureux. On donne au malade de la viande de veau. — 25 mai. Le malade est présenté à la *Société de Médecine*. — Le 8 juin. Le malade quitte l'hôpital. La cicatrice de la plaie est belle, linéaire. Pas trace d'ictère. Etat général très bon. L'urine renferme encore des traces de substances colorantes de la bile.

Etat du malade au 29 novembre 1889. — Le malade s'est toujours bien porté depuis l'opération. L'ictère a disparu. Le malade mange et boit tout ce qu'il veut, est devenu gras, n'a plus eu de douleur et a repris ses occupations.

Le foie dépasse le rebord des côtes de deux travers de doigt et n'est pas douloureux. La cicatrice, longue de 22 cm., est à 11 cm. du rebord costal; elle est rétractée, indolore et se tend un peu dans son extrémité externe quand le malade tousse.

Observation VIII.

Heussner (Cas I) (6 juin 1889) (1).
(Traduction *in extenso*).

Calculs de la vésicule biliaire et Calculs du canal Cholédoque (*Occlusion incomplète du cholédoque*). — *Cholécystotomie* (*Cholécystendyse*). — *Impossibilité du cathétérisme des voies biliaires. Tentatives de refoulement des calculs du cholédoque dans la vésicule et le duodénum et de* Cholédocholithotripsie *restées infructueuses.* — *Cholédochotomie.* — *Guérison.*

Il s'agissait d'une femme de 38 ans qui, depuis l'âge de 15 ans, souffrait de coliques hépatiques, de plus en plus violentes et devenues intolérables depuis un an. A plusieurs reprises, elle a eu de l'ictère. Presque à chaque accès de coliques, la malade rendait, avec les selles, des calculs de la dimension d'un pois.

Depuis longtemps elle était traitée sans succès par des médications internes, lorsque, le 5 juin 1889, elle entra à l'hôpital. Elle disait que, depuis six semaines, les douleurs ne l'avaient, pour ainsi dire, pas quittée, et que, depuis cette époque, elle ne trouvait plus de calculs dans ses selles.

Depuis quelque temps la malade a maigri beaucoup, est devenue faible, nerveuse et très excitable. Elle se plaint de maux de tête, de démangeaisons, de renvois, accompagnés de vomissements bilieux, de constipation. Il y a un peu d'ictère. Le foie n'est pas augmenté de volume; la vésicule biliaire est impossible à sentir. A son niveau, on trouve une résistance

(1) Th. Voigt. — *Zur Chirurgie der Gallenblase* (Cas VII de ? mémoire); in *Deut. med. Wochenschr.*, août 1890, n° 34, p. 767 et 768.

peu nette, qu'il est impossible d'explorer en détail, à cause des douleurs. Les matières fécales, plus pâles peut-être qu'à l'état normal, sont pourtant brunes. Dans l'urine, on trouve des traces d'acides biliaires. Le diagnostic n'était pas difficile à faire. Les antécédents indiquaient nettement la présence de calculs; le tableau que présentait la malade était bien celui de cholémie; seulement, ce qui devait paraître surprenant, il n'y avait pas d'hypertrophie du foie, ni de stase dans la vésicule, et les matières fécales avaient gardé leur coloration brune, et la coloration ictérique de la peau était très peu accusée. Il était évident ici, que l'écoulement de la bile dans l'intestin n'était pas complètement arrêté; et pourtant, il devait exister un obstacle sérieux, puisqu'il avait provoqué des symptômes de cholémie. Le siège de l'obstacle devait se trouver dans le cholédoque, à moins d'admettre l'existence de calculs hépatiques, et une occlusion du canal hépatique.

Enfin, il fallait encore se rendre compte de la nature de l'obstacle. La lithiase biliaire était certaine; seulement, on pouvait se demander s'il n'existait pas. en même temps, un néoplasme développé à la suite de l'irritation continuelle des voies biliaires par les calculs.

Il était temps d'intervenir, si l'on prenait en considération l'affaiblissement progressif de la malade.

OPÉRATION. — L'opération fut faite le 6 juin 1889. Incision *transversale* de la paroi abdominale à travers le muscle droit, au niveau où l'on sentait la résistance. L'hémostase est parfaitement assurée. Après quelques recherches, on trouve la vésicule biliaire, grosse comme une noix seulement, sous le bord du foie. La vésicule, de même que le canal cystique, étaient, dans toute leur étendue, soudés à l'épiploon et à l'estomac, formant ainsi une tumeur peu limitée, située en grande partie sous le foie. Après la séparation des adhérences entre le fond de la vésicule biliaire et l'épiploon, ce dernier, qui forme une sorte de collerette autour du col de la vésicule, est suturé par quatre sutures au bord de la plaie, afin d'empêcher la vésicule biliaire de se perdre, et principalement pour empêcher la sortie de bile septique dans l'abdomen. — Ouverture de la vésicule biliaire; les parois sont épaissies (1/2 centimètre d'épaisseur) et indurées. Il s'écoule de la cavité une petite quantité (20 cc. environ) de bile normale. La muqueuse saigne facilement, mais présente une consistance normale. Avec une pince à pansement et une cuiller non tranchante, on retire cinq calculs de cholestérine. Il fut impossible de pénétrer plus en avant, et de faire le cathétérisme avec la pince à pansement, la lumière du canal cystique étant très étroite, et la *vésicule n'admettant même pas le petit doigt* (1).

Par cette voie, l'exploration du canal cholédoque était donc impossible; il ne restait plus qu'à rendre accessible le canal biliaire commun. *On sutura la vésicule* et on alla pour sa libération complète, ainsi que pour celle de ses canaux excréteurs, jusqu'au duodénum. Cette partie de l'opération fut assez difficile.

Toutefois, sans perdre trop de sang, on parvint à trouver dans le cholédoque, *au niveau de son embouchure dans l'intestin*, un calcul des dimensions d'une noix. En arrière de ce calcul principal, on sentait un grand nombre de concrétions moins volumineuses.

On essaya sans succès de *repousser* le calcul soit *dans l'intestin*, soit *en arrière*. On échoua également dans la *tentative d'écraser* le calcul avec une pince à pansement entourée de caoutchouc (procédé qui réussit une fois à Crédé). Pour triompher de l'obstacle, il ne restait donc plus qu'à inciser le canal cholédoque.

On saisit, en conséquence, le calcul principal avec deux *doigts*, et on incisa le cholédoque sur le calcul, dans une étendue de 1 cent. 3/4, jusqu'à son embouchure dans l'intestin. Après que ce calcul fut retiré, il s'écoula 100 cc. de bile pure, avec 8 petites concrétions. Le calcul était allongé, et mesurait 1 cent. 1/2 à 2 centimètres dans son plus grand diamètre; et ceci expliquerait comment la bile parvenait encore dans l'intestin. En plus, à sa surface, se trouvaient trois facettes et autant de saillies. La forme du calcul ne permettait donc pas d'occlusion complète du cholédoque, et ceci expliquerait en partie les phénomènes cliniques.

(1) Atrophie habituelle (Loi de Courvoisier). (*Note du Trad.*).

Mais revenons à l'opération : en rapport avec la dilatation excessive du canal cholédoque, on trouva des parois très amincies; aussi cette circonstance, de même que la profondeur à laquelle se trouvait le canal, l'impossibilité de l'attirer au dehors, rendirent la suture très difficile. On peut dire que la suture de l'incision par laquelle il s'écoulait continuellement de la bile, fut le temps le plus difficile de l'opération.

Même après la suture, par application de huit sutures à la soie pure, l'occlusion n'était pas encore parfaite; il s'écoulait toujours un peu de bile à travers les sutures, quand on comprimait le canal avec le doigt. Comme on pouvait s'attendre à une sortie de la bile à ce niveau, on mit un *drain double*, qui allait des points de suture à l'angle externe de la plaie abdominale, qu'on ferma ensuite. Mais, pour empêcher la bile de redescendre dans le petit bassin, et de s'y accumuler, en provoquant une péritonite par stagnation, on donna à la malade une position particulière. Les pieds du lit furent mis sur deux colonnettes en bois, hautes de deux pieds, et on retira le traversin à la malade, en ne lui laissant qu'un oreiller de plume. Il est évident que, dans cette position, la bile qui s'écoulerait serait obligée de prendre la voie des drains.

Suites. — Déjà pendant l'opération, l'état de la malade ne fut pas sans inspirer des inquiétudes; le pouls était petit, et disparaissait complètement par moments; une pâleur extrême des téguments, et les vomissements répétés, interrompirent l'opération à plusieurs reprises. Aussi les trois premiers jours après l'opération, l'état de la malade fut-il très inquiétant. Le pouls était petit, sans toutefois dépasser 100; la malade ne pouvait garder que de la glace, de petites quantités de lait glacé; tout le reste était vomi. Par le drain, il s'écoulait une quantité considérable de bile; les matières fécales étaient devenues argileuses, l'urine était rare, concentrée, foncée. La plaie avait pourtant un aspect excellent, sans trace de suppuration.

Au cinquième jour, l'état devint meilleur; les vomissements cessèrent; le pansement ne fut que faiblement coloré en vert; les matières fécales reprirent une coloration normale.

Au septième jour, l'état devint franchement bon; il y avait encore un peu de faiblesse générale. Le pansement était sec; la plaie, guérie par première intention, jusqu'à la place occupée par le drain. Pouls à 86, vigoureux. La température ne dépassa jamais 37°,6, et les premiers jours se maintint constamment autour de 36°,7.

Au neuvième jour, on put retirer le drain, et la plaie se cicatrisa en quatre jours.

Le 28 juin, par conséquent trois semaines après l'opération, la malade quitta l'hôpital, guérie, et dans un état de santé des plus satisfaisants. (*A suivre*).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Stage hospitalier* (pendant la période des vacances). — MM. les Etudiants, dont la scolarité est soumise au stage hospitalier, et qui n'auraient pu, pour des motifs sérieux, accomplir le stage en 1897-98 (du 1er décembre 1897 au 15 juin 1898), sont informés que, dans le but de régulariser leur situation, ils seront admis, pendant la période des vacances (du 1er juillet au 1er novembre), dans certains services de cliniques qui leur seront désignés. Ceux d'entre eux qui voudraient bénéficier de cette mesure devront adresser une demande écrite au Doyen de la Faculté avant le 1er juillet, en indiquant s'ils désirent suivre un service de médecine ou de chirurgie.

L'ASSISTANCE PUBLIQUE A ROUBAIX. — L'an dernier, l'économe des hospices de Roubaix J.-B. Vincre, fut arrêté pour détournements et faux en écritures. Après une détention préventive assez longue, il passa en cour d'assises à Douai et fut acquitté. Depuis lors, la commission administrative des hospices a continué l'examen des livres, et a constaté que les détournements remontaient à 1868. Ceux qui étaient antérieurs étant couverts par la prescription, la vérification s'est arrêtée là. Ces détournements s'élèvent à la charge de M. Vincre père, ancien économe, à 31.000 francs, en plus des sommes déjà remboursées par le fils pour sa propre gestion et qui se montent à [illegible] francs. La question des poursuites est venue hier soir devant le Conseil municipal qui, à l'unanimité, a autorisé la commission administrative à poursuivre la veuve et les héritiers de M. Vincre père, ainsi que M. Vincre fils, en remboursement desdites sommes. (*Temps.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'écriture des médecins.

La *Médecine moderne* du 2 avril, sous la signature du Dr Helme, a publié un article sur l'*écriture* en général et sur l'*écriture des médecins* en particulier. Et, après avoir plaisanté les malheureux pharmaciens obligés de déchiffrer les ordonnances des médecins, trop souvent difficiles à lire, il termine ainsi :

« Je dois dire néanmoins que le doyen semble s'être préoccupé des dangers que notre mauvaise écriture peut faire courir à la santé publique. Dans une interview récente, il annonçait qu'il saisirait la première occasion pour attirer sur ce point l'attention du corps médical. Ses objurgations réussiront-elles à nous rendre plus lisibles? J'en doute, à moins qu'on ne se décide à créer à l'Ecole une chaire de calligraphie... »

La question soulevée, en apparence de minime importance, mérite, en réalité, d'appeler très sérieusement l'attention. Il est très désagréable pour tout le monde d'être obligé de déchiffrer des lettres, des notes, mal écrites ou d'une lecture laborieuse. Sans demander que l'écriture soit aussi belle, aussi régulière que celle du professeur d'écriture de notre confrère, on peut souhaiter qu'elle soit *lisible*. Et cela est surtout désirable pour l'écriture des médecins. Leurs ordonnances, leurs certificats devraient toujours pouvoir être lus aisément, dans l'intérêt de leurs malades. La mauvaise écriture a des inconvénients pour les médecins eux-mêmes. Ils sont les premières victimes de leur déplorable calligraphie. Qui n'a connu des candidats aux concours dont les épreuves ont été dépréciées parce que, mal écrites, ils les lisaient avec peine, en hésitant à chaque instant! Les observations prises par des externes ou des internes dont l'écriture est mauvaise entraînent pour eux, pour leurs chefs de service, une perte de temps considérable. Ils se sont donné la peine de prendre avec soin des observations que, plus tard, ni eux ni les autres ne peuvent utiliser : ce sont des hiéroglyphes à déchiffrer.

Une mauvaise écriture entraîne encore des inconvénients — et des dépenses superflues — pour les médecins au moment de leur thèse, de l'impression de mémoires originaux ou de livres. Dans la pratique du journalisme que de difficultés, que d'erreurs de noms, que de fautes pourraient être évitées si les médecins, auteurs ou journalistes surveillaient leur écriture, sans compter les plaintes des typographes que certaines écritures mettent aux abois.

Aussi ne saurions-nous approuver ceux qui prétendent que la régularité et la beauté de l'écriture n'ont qu'une médiocre importance et conseillons-nous, au contraire, à tous les étudiants de surveiller leur écriture, de la corriger et de la rendre au moins lisible. L'intervention annoncée de M. Brouardel ne peut qu'être très utile.

BOURNEVILLE.

La justice dans les concours.

Au concours des commis rédacteurs, qui fonctionne actuellement, l'épreuve écrite, qui règle l'admissibilité, est signée à l'un des coins par le candidat. Il rabat et colle le coin. Beaucoup pourraient s'imaginer qu'il y a là une garantie sérieuse pour assurer la *justice* des concours. Il en serait ainsi, croyons-nous, si après que tous les juges ont lu, pointé, paraphé la composition, le coin-signature était ouvert *publiquement*, devant les candidats. Malheureusement ce n'est pas de la sorte que les choses se passent. Après avoir pris toutes les mesures qui paraissent assurer la sécurité des candidats, les coins sont décollés, les noms sont lus en secret, par les juges seuls : il n'y a, pour cette opération, ni candidats ni public !

A M. Napias de veiller à la *moralité* et à la *justice* des concours de son administration : médicaux et administratifs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 mai. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHARD.

MM. RAMON et RAVAUT ont réussi à extraire de *cultures de bacilles de la tuberculose des poissons* une nouvelle toxo-tuberculine tout à fait comparable à celle de la tuberculose humaine et produisant la même réaction thermique chez le cobaye. Les mêmes auteurs ont constaté dans une autre série d'expériences que le bacille de la tuberculose aviaire tue les grenouilles en deux à huit jours, alors que la tuberculose humaine n'agit qu'au bout de trois semaines. Les toxines des deux bacilles présentent la même différence d'action.

M. RETTERER explique le *développement des fibres du tissu tendineux* aux dépens du protoplasma transparent, collagène, compris dans les cellules fixes du tissu. Ces fibres finissent par s'individualiser, mais on peut en rencontrer qui traversent encore leurs cellules d'origine.

M. J. COURMONT a étudié les *altérations de la chromatine dans les cellules nerveuses* par le procédé de Nissl. Ces altérations ont été données par M. Marinesco comme un des caractères anatomo-pathologiques du tétanos, mais M. Courmont les a rencontrées chez des cobayes tétaniques et chez des cobayes sains ; d'autre part, il n'a jamais pu les observer chez le chien rendu tétanique. Il conclut donc qu'il n'y a pas, à l'heure actuelle, de lésion cellulaire spécifique du tétanos.

M. BUROT rapporte une *observation de maladie pyocyanique* survenue chez un paludique albuminurique. Le malade présentait des ulcères multiples, secrétant du pus bleu dans lequel on retrouvait le bacille de Gessard.

M. PILLIET a fait l'*examen histologique de l'estomac* d'un homme qui avait avalé un demi-litre d'absinthe à la suite d'un pari et avait succombé en quelques heures. Les lésions sont relativement peu intenses, surtout si on les compare à celles que produisent les empoisonnements par les acides minéraux; et elles pourraient être curables. C'est donc surtout en agissant sur les centres nerveux que tuent les alcools pris à doses massives.

M. NICLOUX a constaté par une série d'expériences sur les chiens que l'*asphyxie incomplète* diminue la dose d'oxyde de carbone que contient normalement le sang de ces animaux à Paris.

MM. COURMONT et DOYON ont constaté que *les centres nerveux de la grenouille* broyés et mis au contact de la toxine tétanique ne neutralisaient pas les effets de celle-ci bien que la grenouille soit très sensible au tétanos. La loi posée par Wassermann, qui établit la destruction de la toxine par les centres nerveux des animaux à sang chaud, n'est donc pas d'une application générale.

M. THOMAS d'écrit une *dégénérescence secondaire* se poursuivant dans toute la hauteur de la moelle à la suite de la section du faisceau longitudinal postérieur chez le chien.

A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séances du 24 mai 1898.

La prophylaxie de la tuberculose.

M. Gibert (du Havre) insiste sur la nécessité de désinfecter les logements occupés par des tuberculeux. Il montre qu'au Havre les rues bien aérées, à habitations isolées, sont, même si les habitants sont indigents, très épargnées par la tuberculose. Il demande que pour les conscrits déjà atteints les conseils de revision tiennent plus de compte qu'ils ne le font des certificats fournis par les médecins civils.

M. Ferrand serait partisan de la déclaration obligatoire et indique un procédé moins brutal que le procédé actuel et ménageant plus les susceptibilités des familles. Il suffirait pour cela de remettre à chaque médecin un carnet à souche; sur la feuille detachable il inscrirait le nom de la maladie et remettrait cette feuille à la famille qui serait chargée de la faire tenir à qui de droit; le talon du carnet couvrirait le médecin en montrant qu'il a rempli le rôle lui incombant.

M. Laveran insiste sur les difficultés spéciales de traitement des tuberculeux pauvres et propose l'addition des conclusions suivantes : Lorsqu'un tuberculeux se trouve, dans sa famille, dans des conditions mauvaises et qu'il n'y a pas lieu de compter sur l'exécution des mesures indiquées au paragraphe 1er, l'envoi du malade dans un sanatorium ou dans un hôpital est indiqué et doit être vivement conseillé. La création de sanatoria destinés aux indigents s'impose, aussi bien pour la prophylaxie de la tuberculose que pour son traitement. Lorsqu'un tuberculeux succombe, il est nécessaire de faire désinfecter avec soin sa chambre, sa literie et ses effets. On doit désinfecter également les locaux et les objets de literie qui ont été affectés même passagèrement à des tuberculeux et qui doivent changer d'affectation.

M. Colin, au point de vue spécial de l'armée, demande à l'Académie d'ajouter le vœu suivant : « Il est nécessaire d'assurer par des crédits suffisants l'exécution des prescriptions relatives à la salubrité des casernes; augmentation du volume d'air attribué à chaque homme; réfection et imperméabilisation des parquets; désinfection des locaux et du mobilier; aération continue des chambres; isolement des infirmeries et des réfectoires, etc., et autant que possible profiter des saisons et des moments les plus favorables de l'année pour l'appel des classes, les convocations des réservistes, les changements de garnison, les exercices, manœuvres, marches de nuit, etc. »

Avantage des collyres huileux.

MM. Panas et Serini montrent que les alcaloides en solution dans l'huile d'olive donnent des collyres aseptiques, stables, pénétrant bien les replis conjonctivaux, efficaces et bien tolérés.

Imperforation de l'anus.

M. Kirmisson présente un fait très intéressant d'imperforation congénitale de l'anus traitée d'abord par l'anus iliaque pour parer aux premiers accidents, puis par la réfection de l'anus.

Traitement de l'érythème polymorphe.

M. Bergeron lit au nom de M. Liegeois (de Bainville-aux-Saules), un mémoire sur *les causes et le traitement de l'érythème polymorphe*, montrant les bons effets de l'iodure de potassium dans cette affection.

Séance du 31 mai 1898.

Prophylaxie de la tuberculose (suite).

M. Vallin discute les modes de désinfection des crachats et propose de modifier ainsi le texte de M. Grancher : « Recueillir les crachats dans un crachoir de poche ou d'appartement, contenant un peu de solution colorée d'acide phénique à 5 0/0, ou un autre désinfectant liquide. Les crachoirs ne seront jamais garnis avec des matières pulvérulentes : sable, sciure de bois, etc. »

M. Kelsch, à propos de la tuberculose dans l'armée, insiste sur la nécessité d'augmenter la ration alimentaire du soldat, de diminuer sa fatigue. La recherche de forts contingents oblige malheureusement à incorporer des sujets beaucoup trop faibles. La proportion des exemptions est tombée de 317 à 111 pour mille. Il y a là un danger sérieux.

Un cas d'éclampsie suraiguë.

MM. Poncet et Vinay (de Lyon) communiquent un fait fort intéressant d'éclampsie suraiguë au cours de la grossesse, traité avec succès par l'accouchement forcé, les inhalations de chloroforme, l'injection massive de sérum artificiel.

Redressement du mal de Pott.

M. Calot (de Berck) présente vingt malades opérés avec un résultat esthétique très remarquable.

Elections.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante de correspondant national.

Ordre de classement : 1re ligne : M. Marvaud (de Toulouse); 2e ligne : M. Moniez (de Lille); 3e ligne (*ex æquo*) : MM. Du Cazal (de Nice), Vincent (de Brest); 4e MM. Coyne (de Bordeaux), Brunon (de Rouen). A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mai 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Syringomyélie, type de Morvan.

M. Janselme présente un malade atteint de syringomyélie avec troubles de la sensibilité, panaris, atrophies musculaires, hypertrophie de l'articulation radio-carpienne droite et arthrite sèche de l'épaule droite. Il fait le diagnostic différentiel de cette syringomyélie et de la lèpre. En outre, le malade a été atteint du ralentissement du pouls, qui porte à craindre une lésion bulbaire. Le malade présente des ganglions épitrochléens engorgés, accolés au nerf cubital, qui feraient croire à des tuméfactions moniliformes de ce nerf. On a bien affaire là à une syringomyélie du type de Morvan.

De la sialorrhée intermittente au cours de l'urémie lente.

M. L. Rénon. — Je viens d'observer un cas de sialorrhée intermittente au cours d'une urémie très lente, chez un malade brightique cardio-rénal. Cette sialorrhée ne se produit que pendant l'action, quand le malade marche dans son appartement ou dans la rue; elle cesse au repos, quand il est assis ou couché. Elle disparaît certains jours et certaines semaines pour reparaître les jours suivants. La quantité de salive rendue est considérable : j'ai pu constater une fois 100 grammes de salive s'écoulant de la bouche en dix minutes. Cette salive contient 0 gr. 059 d'urée pour 100 cc. de salive, chiffre supérieur à la normale. L'urine diminue de quantité pendant les crises de sialorrhée et sa teneur en urée devient plus faible : il existe donc un balancement très net entre ces deux sécrétions. Cette sialorrhée ne s'accompagne pas de stomatite : on ne note ni la moindre rougeur, ni le moindre enduit pultacé, ni la moindre ulcération sur la muqueuse buccale; je n'ai pas constaté trace d'urémie gastro-intestinale, notamment ni diarrhée, ni vomissement. Cette sialorrhée intermittente, sans stomatite, me semble devoir être distinguée de la sialorrhée avec stomatite urémique (*Lancereaux, Barié*), qui est sous la dépendance directe des lésions urémiques de la muqueuse buccale : elle parait plutôt due à l'action des produits toxiques, soit sur les glandes salivaires, soit sur le système nerveux central ou périphérique, se rapprochant des sialorrhées décrites recemment par Klippel et Lefas. L'indication thérapeutique, assez difficile à réaliser, consiste à relever par des diurétiques le taux de la dépuration urinaire, mais il est peut-être plus sage de respecter cette hypersécré-

tion salivaire, quand elle n'est pas trop gênante, car elle supplée à la fonction du rein, et sert à éloigner l'approche des accidents urémiques graves.

M. MATHIEU demande à M. Rénon si le malade n'avait pas de troubles dyspeptiques. M. Rénon répond négativement.

M. RENDU compare cette sialorrhée, sans doute d'origine centrale, au hoquet d'origine centrale qu'il a observé chez les urémiques.

Salicylate de méthyle et salicylate de soude dans le rhumatisme aigu.

M. RENDU, au nom de M. CATRIN, fait une communication sur l'action différente du salicylate de méthyle et du salicylate de soude dans le rhumatisme aigu. Le salicylate de méthyle calme mieux les douleurs, mais n'a pas l'action antipyrétique du salicylate de soude.

M. SIREDEY se sert surtout du salicylate de méthyle dans le rhumatisme aigu, mais à condition que l'enveloppement imperméable soit parfaitement fait. Il n'est pas partisan de l'emploi simultané des deux salicylates.

M. NETTER se sert avec succès de l'acide salicylique dans le traitement de la pleurésie séro-fibrineuse, le salicylate de méthyle ne lui a donné aucun résultat.

Orchite primitive ourlienne.

M. BÉCLÈRE signale un cas d'orchite ourlienne avec prédominance de l'épididymite et une température de 40°. Le malade n'avait rien eu du côté des glandes salivaires. Des cas typiques d'oreillons éclatèrent dans la même famille et mirent hors de doute le diagnostic de l'origine ourlienne.

Respiration stridoreuse. Autopsie.

M. VARIOT a fait l'autopsie d'un enfant de 22 mois, atteint de cornage sifflant de la respiration qui fit croire à un cas de croup, et qui mourut de broncho-pneumonie. Cette respiration stridoreuse paraît due à une malformation du vestibule laryngé qui présentait des replis anormaux. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 mai 1898. — PRÉSIDENCE DE M. POZZI.

Fin de la discussion sur les psychoses post-opératoires.

M. PICQUÉ, rassemblant les 125 cas qui ont été rapportés par ses collègues dans les séances précédentes, résume les éléments de la discussion et pose les conclusions de son rapport. Il est reconnu que certains aliénés, sous l'influence d'idées obsédantes, harcèlent le chirurgien pour réclamer une intervention souvent inutile, qui ne fait qu'augmenter leur délire par la suite. Ces malades peuvent faire grand tort au chirurgien. La plupart des faux délires relèvent d'une intoxication (iodoforme, urémie, chloroforme). On a prétendu que sous l'influence de l'acte opératoire, un épileptique était sujet à présenter une crise d'épilepsie, un maniaque une crise de manie. Il n'en est rien. Bien plus, M. Picqué a observé que les délires post-opératoires étaient rares chez les aliénés. Quant à la nature de l'opération, il n'est pas démontré que les opérations gynécologiques prédisposent plus aux psychoses. La statistique signifie ici peu de chose, car bon nombre des femmes opérées sont atteintes déjà de troubles d'aliénation.

L'étiologie montre que les psychoses surviennent presque toujours chez sujets prédisposés par une tare héréditaire, qui joue le rôle de cause première. L'opération n'intervient qu'à titre de cause secondaire. Il faut tenir compte aussi des impressions morales, causées soit par le changement d'habitude, soit par la crainte de l'opération. Au point de vue de la prophylaxie, il conviendrait d'examiner l'état cérébral du sujet, mais il est rare que les constatations tirées de cette analyse soient de nature à arrêter le chirurgien. Il faut éviter d'opérer les sujets présentant une phobie opératoire assez accusée.

Discussion sur l'hystérectomie vaginale pour fibromes.

M. SEGOND, dans un brillant plaidoyer en faveur de l'hystérectomie vaginale, relève dans l'exposé de M. Quénu sur ce sujet quelques points de pratique et de technique qui diffèrent de sa manière de voir. Il est d'accord avec M. Quénu pour reconnaître que c'est le procédé de choix pour l'ablation des fibromes, mais il faut savoir que l'ablation d'un gros fibrome est chose sérieuse pour la femme, puisque sur 130 opérées, il a eu 24 décès, soit une mortalité globale de 15 0/0.

M. QUÉNU n'enlève par le vagin que les fibromes dont la limite supérieure ne s'étend pas au delà de trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

M. SEGOND reste fidèle à la règle qu'il a posée depuis longtemps : sauf exception, un fibrome ne dépassant pas l'ombilic et qu'on a bien en main doit être enlevé par le vagin. C'est là d'ailleurs, une question d'appréciation individuelle, qu'aucune règle ne saurait fixer d'une façon absolue.

M. Segond considère avec M. Quénu comme une contre-indication la rigidité du vagin à parois scléreuses, si commune chez les vieilles femmes. La situation élevée du fibrome rend également l'opération difficile, la tumeur tendant toujours à remonter. Contrairement à M. Quénu, M. Segond estime qu'il est beaucoup plus facile d'enlever un utérus porteur d'un seul gros fibrome qu'un utérus bourré de plusieurs fibromes. Mais c'est surtout par leur technique opératoire que les deux chirurgiens diffèrent. M. Quénu ne fait jamais d'hémostase préalable. M. Segond la pratique toujours en pinçant les ligaments larges, ce qui permet de libérer le col et de rendre ainsi l'utérus facilement abaissable.

M. Segond pratique toujours le morcellement de l'utérus, tandis que M. Quénu, respectant le tissu utérin, se contente de l'inciser pour en enlever les fibromes sans le morceler. Quant au mode de pansement de M. Quénu, qui consiste à placer un tampon *axial* entre les pinces latérales, il diffère aussi du mode de tamponnement pratiqué par M. Segond, mais ce point importe moins.

En résumé, M. Segond suit la méthode de Péan, qui vise à faciliter l'abaissement de l'organe. Plusieurs moyens permettent d'y arriver, la technique doit s'adapter à chaque cas particulier, et on ne saurait adopter un manuel opératoire unique. Schématisée, cette méthode comprend le décollement du col, l'hémostase de l'artère utérine par la forcipressure du ligament large. On se débarrasse alors du col en l'extirpant. Accrochant l'utérus par sa paroi postérieure, on l'abaisse et on l'enlève par morcellement. Faisant basculer l'utérus, on pratique alors l'hémostase.

M. Segond présente un instrument en forme de tire-bouchon qui lui sert à enlever les fragments morcelés d'une façon rapide.

M. QUÉNU pense qu'il y a tout avantage à se passer de pinces dès le début de l'opération. Les pinces que l'on place à la fin font une prise plus régulière et la portion de ligament large qu'elles enserrent se trouve dans le vagin. Leurs extrémités protégées par un tampon ne courent pas risque de blesser l'intestin.

M. REYNIER est partisan de la voie abdominale qu'il trouve plus facile et plus sûre pour l'hémostase, quand il s'agit de gros fibromes. Les fibromes de moyen volume sont justiciables de la voie vaginale. Il suit tantôt la technique de M. Segond, tantôt celle de M. Quénu.

M. POZZI se sert de la voie vaginale pour l'ablation de gros fibromes sauf quand ils sont très étendus dans le sens transversal. Le placement des pinces est facile si on peut facilement abaisser l'utérus et le faire basculer. Mais s'il est difficile à abaisser il faut faire la forcipressure préalable sur les côtés du col et enlever celui-ci. Le pincement de l'intestin n'est pas à craindre, si on guide la pince du doigt. Il peut se produire une déchirure du ligament large entre les pinces inférieures qui enserrent l'artère utérine et les pinces supérieures destinées aux vaisseaux utéro-ovariens, mais cette déchirure saigne peu, car il y a peu de vaisseaux à ce niveau.

M. POIRIER estime que l'hystérectomie abdominale sus-vaginale est une opération plus bénigne. — La discussion est renvoyée à une autre séance.

Présentation des malades.

M. TUFFIER présente un malade qu'il a opéré d'un kyste hydatique du poumon. La radiographie n'indiquait pas le siège de la lésion en raison de la transparence du liquide. P. RELLAY.

SOCIÉTÉ D'OBSTETRIQUE DE PARIS.

Séance du 11 mai 1898.

Femme atteinte de spondylolisthesis (présentation de malade).

MM. Bar et Keim. — Femme de 26 ans, petite de taille, enceinte pour la cinquième fois; à l'âge de 2 ans, on la laissa tomber de la hauteur d'un homme, sur la région lombaire. L'enfant cesse de marcher, et un an après la chute, il apparaît dans la région sus-iliaque droite un abcès qui s'ouvre spontanément. On met l'enfant dans une gouttière pendant 2 ans, de 3 à 5 ans. A 5 ans, on essaie de nouveau la marche qui s'installe progressivement. A 10 ans, nouvelles douleurs lombaires, déviation rachidienne constatée et traitée par un corset qui est porté jusqu'à l'âge de 16 ans. Première grossesse à 17 ans; accouchement à 8 mois, forceps. L'enfant mourut quelques instants après sa naissance. En 1892, deuxième grossesse. Accouchement provoqué au huitième mois, fille encore vivante. Troisième et quatrième grossesses terminées prématurément, l'une à 3 mois, l'autre à 6 mois. Cinquième grossesse actuelle. A l'examen de la femme couchée, les membres inférieurs semblent trop longs par rapport au tronc. La face antérieure du tronc est saillante, conséquence de l'ensellure lombaire qui subsiste dans cette situation. Il n'existe aucune anomalie du crâne, de la face ou des dents, permettant de penser à du rachitisme. La femme examinée debout mesure 1 m. 44 de hauteur. L'abdomen proémine au devant du pubis. En arrière, le massif fessier fait saillie des deux côtés. Au-dessus des crêtes iliaques, il y a en arrière et de chaque côté un pli cutané qui est dû à l'abaissement de la cage thoracique. La distance entre les dernières fausses côtes et la crête iliaque est diminuée à un point tel, que les côtes sont presque en contact avec les os iliaques. La lordose lombaire est exagérée au point de former une dépression profonde au-dessus du bassin. L'inclinaison du bassin est moindre qu'à l'état normal, et les organes génitaux externes sont portés vers le plan antérieur. Au toucher vaginal, les faces latérales du bassin sont, dans leur moitié inférieure, plus rapprochées du plan médian que dans le bassin normal. Les épines sciatiques sont saillantes. On arrive facilement sur la face antérieure du sacrum qui paraît plane dans ses deux tiers inférieurs. En remontant sur sa face antérieure, on sent en haut un léger ressaut qui arrête à peine le doigt : c'est le promontoire. Immédiatement au-dessus de lui, on suit une surface qui surplombe le promontoire en le dépassant de 1 cent. 1/2 environ. Cette surface appartient au corps de la cinquième lombaire qui a glissé sur le sacrum. La distance qui sépare le point le plus saillant de la cinquième lombaire du bord inférieur du pubis est de 10 cent. En résumé, cette femme est atteinte de spondylolisthesis, à l'origine duquel on trouve un traumatisme et peut-être des lésions osseuses.

Hernie diaphragmatique congénitale avec issue d'une partie de l'estomac et de l'intestin dans la plèvre gauche chez une primipare. Dyspnée, hématémèses, mort.

MM. Keim, Rosenthal et Huguier. — Femme prise de dyspnée au cinquième mois de sa grossesse, et offrant les signes d'un pneumothorax généralisé, puis vomissant du sang noir comme de la suie et mourant de syncope. A l'autopsie, on trouve une hernie diaphragmatique congénitale avec issue d'une partie de l'estomac et de l'intestin dans la plèvre gauche.

Discussion. — M. Budin. — Le présentateur nous apprend que le volume de l'utérus était anormal, soit par hydramnios, soit par gémellité. L'apparition des accidents est peut-être due à cette circonstance.

Le poids et les lésions anatomiques de la rate peuvent-ils, chez les fœtus macérés, servir au diagnostic de syphilis ?

M. Macé. — Pour faciliter l'exposition, le rapport du poids de la rate au poids total du fœtus est désigné par la proportion R/C. A l'état normal, et pour des enfants au-dessus de 2.500 grammes, le rapport est de 1/320 d'après Macé comme d'après Ruge. Le rapport R/C = 1/170 établi par Ruge pour permettre de rattacher à la syphilis la mort d'un macéré lorsqu'il est trouvé, est trop général et trop faible. Le rapport R/C est un nombre variable qui est différent pour des poids différents de fœtus. Ce doit être successivement : au-dessous de 1.000 gr., 1/191 et non 1/300; au-dessous de 2.000 gr., 1/105 au lieu de 1/172; au-dessous de 2.500 gr., 1/136 au lieu de 1/276; au-dessus de 2.500 gr., 1/150 au lieu de 1/124. Lorsqu'on trouve un des rapports ci-dessus, on doit admettre l'existence de la syphilis. On ne doit pas oublier qu'il y a des cas de syphilis dont l'intensité tue le fœtus avant qu'il se soit produit des modifications de poids et de volume de la rate. C'est dans ces cas que l'on ne trouve pas les proportions établies plus haut, quoique les enfants soient syphilitiques de par la clinique et l'anatomie pathologique.

Dystocie par rétraction de l'orifice externe du col dans un cas de présentation de l'épaule.

MM. Maygrier et Schwab. — Secondipare, à terme, rupture prématurée des membranes, procidence du cordon, tentatives infructueuses de versions faites en ville alors que le col était complètement dilaté. Présentation de l'épaule négligée enfant mort, rétraction de tout l'utérus, mais surtout rétraction, tétanisation, rigidité spasmodique de l'orifice externe du col dilaté comme cinq francs. Pas de surdistension apparente du segment inférieur, ni de rétraction de l'anneau de Bandl. Chloroforme. Dilatation manuelle du col en 10 minutes, puis version. L'observation est intéressante en ce que, malgré une présentation de l'épaule, les douleurs utérines avaient presque entièrement cessé, contrairement à ce qui arrive habituellement, et que, par suite, la rupture utérine n'était pas à craindre.

Discussion. — M. Demelin. — Il est des cas où avec une présentation de l'épaule et une rétraction de l'anneau de Bandl, il n'y a pas de menace de rupture, parce qu'il n'y a plus de contraction : c'est lorsque le fœtus reste retenu en entier au-dessus de l'anneau de Bandl rétracté, le segment inférieur demeurant vide.

M. Bernheim. — Les manœuvres tentées avant la dilatation ont peut-être été la cause de la rigidité.

M. Budin. — Ne semble-t-il pas que dans le cas de MM. Maygrier et Schwab, il y a eu rétraction de tout l'utérus et contracture au niveau de l'orifice externe du col?

M. Maygrier. — Il y a lieu de tenir grand compte au point de vue de l'intervention, du siège de ces rétractions qui peuvent occuper ou l'orifice externe, ou l'interne, ou l'anneau de Bandl, ou l'utérus en totalité.

M. Eustache. — *Monstre janus imparfait.*

Une consultation de nourrissons dans une polyclinique avec distribution de lait stérilisé.

M. H. de Rothschild. — Fonctionnement de la polyclinique établie par M. de Rothschild, 82, rue de Picpus, et distribution de lait stérilisé. Le lait est chauffé d'abord au bain-marie, puis il est porté à 112° dans l'autoclave de Vaillard. Le lait est stérilisé dans de petits flacons de 60 à 150 grammes, obturés à l'aide de bouchons de liège qui portent la date de la stérilisation.

Discussion. — M. Budin. — M. de Rothschild procède comme nous l'avons recommandé; de plus, avec le système qu'il emploie on peut, à travers les parois du goulot, lire sur le bouchon la date de la stérilisation.

Paralysie radiale congénitale et dystrophies cutanées par brides amniotiques.

M. Bonnaire. — Enfant de 3.490 grammes, expulsé spontanément par une albuminurique, dans un état de déchéance physique, de faiblesse congénitale comparable à celui des prématurés : il présentait en outre des lésions trophiques du pli du coude et une paralysie radiale attribuable à une bride amniotique qui s'était imprimée à la partie supérieure de la face externe de l'avant-bras, au point de produire une ulcération linéaire longue de 15 millimètres sur 2 millimètres de largeur. L'enfant succomba et on fit des examens histologiques de la peau dystrophiée, des muscles et du nerf radial.

Demelin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 25 mai 1898. — PRÉSIDENCE DE M. BUISSON.

M. GALEZOWSKI. — *Prophylaxie de l'ophtalmie purulente.* Ce n'est pas une affection aussi dangereuse qu'on le dit généralement quand on la prend à temps. Il faut faire deux fois par jour des cautérisations au nitrate d'argent à 1/40. On ne devra pas négliger de prévenir les parents de la contagion possible.

M. BUISSON annonce à la Société la nomination de M. Napias, comme directeur de l'Assistance publique, et lui adresse des félicitations au nom de la Société.

M. F. LEDÉ lit un travail sur la *protection de l'enfant en France en* 1896, ce sont les résultats de l'application de la loi du 23 décembre 1874, concernant la protection des enfants placés en nourrice. Depuis le rapport de 1885, aucun travail d'ensemble n'a été fait. L'auteur fait remarquer que de 1883 à 1896, le total des enfants en nourrice a varié de 131.034 à 180.557, Cinq départements sont encore réfractaires à la loi, et trois ne votent que des budgets insuffisants. Il y a 21,71 0/0 des naissances qui sont placées en nourrice dont 36 0/0 au sein, 59,46 0/0 au biberon. Ces enfants (180.577) ont atteint la limite d'âge (deux ans) dans la proportion de 13.36 0/0; d'autres ont été repris par les parents (29,60 0/0), d'autres sont décédés (7,06 0/0). La mortalité varie de 5,91 0/0 pour l'élevage au sein à 9,27 0/0 pour l'élevage au biberon Le Dr Ledé insiste sur les migrations intérieures et, après l'exode bien connu des adultes vers les villes, il démontre l'exode des enfants nouveau-nés des villes vers les villages et des grands centres de population vers les départements nourriciers. C'est ainsi qu'on peut constater que 61,62 0/0 sont des enfants qu'il appelle autochtones, c'est-à-dire placés dans leur département de naissance, que 38,38 0/0 sont des enfants exportés de leur département de naissance et importés dans un département nourricier et que Paris avait, dans 67 départements, 41.111 enfants placés en nourrice. La mortalité varie suivant le sexe (7,42 0/0 pour les garçons et 6 92 0/0 pour les filles) et suivant l'état civil (6,50 0/0 pour les enfants légitimes, et 9,51 0/0 pour les enfants illégitimes). La vaccination n'est opérée que sur 34,84 0/0 des nourrissons; et le Dr Ledé présente dans ses conclusions des améliorations, nécessitées par l'application même de la loi, dont la discussion est renvoyée à la prochaine séance. MARTHA.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

Rédacteur spécial : Dr KERAVAL.

VIII. — Ueber die Pathogenese des Delirium tremens; par D.-E. JACOBSON. — Tirage à part du *Zeitschr. f. Psychiat.*, t. LIV.

VIII. — Qu'est-ce donc qui déchaîne le delirium tremens? Est-ce l'alcoolisme seul, ou faut-il le concours indispensable d'autres éléments? Telle est la question que s'est proposé de résoudre M. Jacobson, en étudiant de près de 247 malades du sexe masculin. Pour que le delirium tremens éclate, il faut avant tout et toujours des excès prolongés pendant plusieurs années; l'homme qui, pendant de longues années, boit chaque jour à peu près un quart de litre d'eau-de-vie, risque, le temps aidant, d'en être atteint. C'est là une condition plus efficace encore que l'alcoolisme chronique. Le traumatisme, auquel on attache une grande importance pathogénique, est d'une extrême rareté, au contraire; il n'est, en tout cas, qu'une complication accidentelle du delirium tremens, ou plutôt il résulte de l'incertitude et de la maladresse du délirant déjà pris. En revanche, l'existence d'un traumatisme cranien déjà ancien, a pu diminuer la force de résistance de l'encéphale à l'égard de l'alcool; c'est ce qui paraît avoir existé chez trente-sept des malades en question (15 0/0). En ce qui concerne les relations de la pneumonie franche avec le delirium tremens, lorsqu'il y a simultanéité apparente, en réalité, la pneumonie a précédé le delirium et l'a déterminé chez l'alcoolique chronique; le delirium tremens s'est alors développé indépendamment de la pneumonie, mais il s'est plus souvent terminé par la mort qu'un delirium tremens ordinaire non compliqué. Quelles sont donc les propriétés de cette pneumonie qui provoque un accès de delirium tremens chez un alcoolique chronique? Le delirium tremens n'aurait-il pas, dans l'espèce, le pneumocoque pour origine, et ne devrait-il pas être regardé, même quand il n'est pas compliqué de pneumonie, comme une maladie infectieuse aiguë? Au point de vue clinique et anatomopathologique il y ressemble beaucoup; sa marche, les allures de la température, l'albuminurie, les lésions constatées, le mode de traitement renforcent cette idée ou au moins ne l'infirment pas. Ajoutons que la forme adynamique ou fébrile de Magnan ressemble à cette autre maladie infectieuse qui a nom délire aigu. Par contre, le delirium tremens diffère des infections aiguës en ce qu'il est souvent très court, abortif, apyrétique; le pneumocoque, dans les exemples considérés plus haut, ne pourrait guère avoir qu'une action indirecte, puisque les deux maladies affectent une marche indépendante l'une de l'autre. De là l'idée que l'intoxication du cerveau produite par l'alcoolisme chronique pendant des années, a fini par atteindre une telle intensité qu'un faible elément toxique en plus, celui des toxines du pneumocoque, a provoqué une décharge dont le delirium tremens est l'image. Quand ce ne sont pas les pneumocoques qui jouent ce rôle, ce sont les autotoxines d'un malheureux dont l'économie est délabrée par l'alcoolisme chronique, ainsi que le montre l'état de l'appareil digestif et des reins. Le delirium tremens provoqué par la surcharge des toxines se développe ensuite comme s'il était indépendant, précisément parce que l'élément toxique est non la vraie cause, mais le coup de fouet; l'alcoolisme chronique en est le générateur et lui imprime son évolution; l'attaque d'épilepsie, quelle qu'en soit la cause, ne se déroule-t-elle pas avec ses caractères propres? Le même coup de fouet peut être donné par un dernier excès exagéré ou par la surabondance de l'alcoolisme chronique. Alors le cerveau se décharge; l'accès de delirium tremens a lieu; puis tout rentre dans l'ordre jusqu'à ce que, la charge augmentant à nouveau, un nouvel acccès soit nécessaire.

IX. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, par V. MAGNAN (2e série). — Paris, in-8, 1897. *Progrès médical* et F. Alcan, edit.

IX. — Ces leçons, qui sont un modèle d'analyse clinique et de conception générale, ont été déjà publiées, au moins pour la plupart. Elles portent sur les délires systématisés dans les diverses psychoses. Nous signalerons tout particulièrement les développements relatifs à la séméiologie générale. On sait qu'à côté du délire chronique à évolution systématique, M. Magnan professe qu'il existe des formes à apparence analogue, quant à la teneur du délire, à son texte, chez les dégénérés; il en retrace avec soin l'évolution et les caractères, en même temps qu'il précise l'étude de la dégénérescence mentale. Il ne craint pas, d'ailleurs, de procéder aussi par comparaison; enfin il aborde les diverses modalités des psychopathies du dégénéré, même dans le cas où celui-ci est atteint, ce qui n'est pas rare, de lésions matérielles des centres nerveux, de paralysie générale. Tout devient net, ainsi compris, jusqu'à nouvel ordre.

X. — Etude clinique sur le dynamisme psychique; par H. AIMÉ. — Paris, in-8, 1897. O. Doin, edit.

X. — Le cerveau, dit l'auteur, est un lieu de passage où, sans préjuger du séjour qu'elles y font, les impressions, acquises par les sens ou venues de la périphérie, sont susceptibles de devenir sensations, perceptions, idées, émotions, actes, successivement. Conformément à la manière de voir de Bernheim, il y aurait, dans le cerveau, un étage supérieur dévolu aux facultés de contrôle et un étage inférieur dévolu aux facultés d'imagination, à l'automatisme cérébral. Le premier modère le second, de même que le cerveau modère l'automatisme spinal. Ainsi se produit, par une excitation qui ne gagne pas l'étage supérieur, le réflexe sensitivo-moteur inconscient, par une excitation identique mais plus prolongée, le réflexe sensitivo-idéo-moteur conscient, qui s'accompagne, automatiquement, d'un mot. Toute excitation qui parvient à l'étage supérieur nous permet, après réflexion, d'arrêter des actes ou paroles automatiques; telle est la genèse des idées, de leur association, des émotions qui prennent aux idées leurs raisons

d'être. L'introduction de l'idée dans le cerveau et son acceptation par lui suivant la prédominance de la *crédivité* ou de la raison, c'est la suggestion. Celle-ci émane de sensation d'origine extérieure. Quant à l'autosuggestion elle est le produit de sensations internes, viscérales, musculaires, en rapport avec des souvenirs accumulés par des suggestions antérieures. L'individualité psychique dépend du mode de sentir du terrain cérébral qui agit lui aussi sur tout le système nerveux et sur tous les organes. Une exagération de l'action du système nerveux crée une disposition constante aux accident nerveux fonctionnels, la *diathèse nerveuse*, héréditairement transmissible, qui influence l'individualité psychique. Les qualités d'une perception, d'une idée et de la suggestion correspondante sont imputables à l'individualité; telle personne, qui possède une aptitude cérébrale à recevoir facilement des impressions, est *impressionnable*; telle autre qui passe aisément sur le champ de l'idée à l'acte, sans contrôle, est *impulsive*; celle-ci, qui garde ses impressions avec un soin jaloux, est *autosuggestionniste*, mélancolique, hypocondriaque.

Ceci posé, l'*élément dynamique psychique morbide* est « toute action nerveuse anormale qui, ne correspondant à aucune altération organique apparente, connue et durable, se compose d'idées, d'émotions, et dépend de l'individualité psychique. Elle est susceptible d'être effacée par une action dynamique et thérapeutique, telle que la suggestion ». Une idée contient un acte en puissance; positive, elle redevient sensation, la sensation originelle (illusions sensorielles, autosuggestion), — négative, elle neutralise une sensation, un mouvement (paralysies psychiques, anesthésies sensitivo-sensorielles), — l'idée peut agir sur les fonctions d'un organe. Quant à l'émotion, elle doit sa raison d'être à l'idée (émotivité morbide des épileptiques, des choréiques, des neurasthéniques). Idées, émotions, individualités psychiques, monde extérieur et sensations internes se traduisent par l'élément neuro-dynamique. Toutes les anomalies connues produisent l'élément dynamique morbide. Les maladies aussi bouleversent organiquement et psychiquement l'être qu'elles frappent.

Mais, ce qui contribue surtout à former les individualités psychopathiques futures, cc sont les affections nerveuses, les névroses. Suit un résumé des réactions physiques et morales des neurasthéniques, hystériques, épileptiques, choréiques, intoxiqués, infectés (toxines), diabétiques, goutteux, artério-scléreux, brightiques, chlorotiques, rhumatisants, ou de ceux qui traversent certaines phases de l'existence telles que la puberté, la ménopause.

Quant aux nuances des troubles imputables à l'élément nerveux dynamique accessible à la *suggestion*, il convient de lire la *partie clinique* du mémoire. Soixante-quatorze observations.

XI. — Les persécutés mélancoliques; par G. Lalanne. — Bordeaux, in-8, 1897, J. Durand, édit.

XI. — Il existe un groupe de malades dont la place dans le cadre nosologique est encore mal délimitée. Tantôt ils présentent l'aspect de persécutés réagissant à la façon des mélancoliques; tantôt ce sont des mélancoliques qui empruntent aux persécutés leur mode de réaction. Quinze observations établissent l'existence : 1° de délires de persécution et de mélancolie se succédant mais ne se combinant pas; 2° d'états mixtes chez des malades d'abord persécutés qui ultérieurement deviennent persécutés-mélancoliques; 3° d'états mixtes chez des malades d'abord mélancoliques qui, ultérieurement, deviennent persécutés-mélancoliques; 4° de délires mixtes d'emblée; 5° de délires mixtes avec prédominance d'idées hypocondriaques; 6 de délires mixtes chez des persécutés-persécuteurs. Ces persécutés mélancoliques forment vraiment un groupe homogène, à variétés cliniques nombreuses, caractérisé par des idées mélancoliques associées à des idées de persécution, et se montrant chez des héréditaires souvent dégénérés. On constate chez eux : un délire obsédant d'indignité, de culpabilité, d'auto-accusation, hypocondriaque, des hallucinations visuelles, auditives, sensorielles et psycho-sensorielles; le tout combiné à des idées de persécution systématisées, des idées de suicide passant facilement aux actes. L'hérédité et la prédisposition neuro-psychopathique jouent un grand rôle étiologique. La guérison se produit souvent, mais paraît dépendre de la nature du délire dominant. S'il y a prédominance du délire mélancolique, elle est plus probable que si les idées de persécution sont prépondérantes. Le pronostic varie aussi suivant l'âge du sujet; la guérison, fréquente avant 40 ans, est exceptionnelle après 45.

Ces persécutés mélancoliques peuvent être placés parmi les prédisposés dégénérés, et leur forme psychopathique peut trouver sa situation exacte à côté des délires polymorphes des dégénérés et des délires à systématisation limitée.

XII. — Les maladies de la mémoire; hypermnésies; par A. Guillon. — Paris, in-8°, 1897, J. B. Baillière, éditeur.

XII. — La mémoire est la fonction psychique par laquelle les images des sensations antérieurement conçues sont fixées, conservées dans l'esprit, rappelées à la conscience, et localisées dans le passé. Définition de Pitres un peu modifiée. L'hypermnésie, conformément à Hack-Tuke, est un état dans lequel les faits passés, les sensations et les idées reviennent vivement à l'esprit qui, dans son état normal, en avait perdu entièremen t le souvenir. On a constaté des hypertrophies générales et partielles de la mémoire dans tous les temps et chez toute espèce d'individus; mais ce sont des cas morbides, surtout quand l'hypertrophie est partielle; c'est ce que démontreront par la suite des observations plus rigoureuses et des expériences. L'hypermnésie physiologique, ou reviviscence de souvenirs oubliés, en présence du renouvellement de la sensation initiale, (du *déjà vu*), s'observe cependant de préférence chez les névropathes et les artistes. La mémoire s'exalte normalement le matin, avant la mort, dans les émotions vives, dans l'entraînement intensif, dans les délires. La perte d'un sens amène une recrudescence dans le nombre et l'intensité des images auxquelles ce sens avait donné naissance, comme si n'étant plus refoulées par de nouvelles acquisitions, elles se déversaient en masse dans le champ de la conscience. Sous le titre d'hypermnésies dans le sommeil et quelques autres états seconds, est examiné ce qui a rapport au rêve, à l'hypnotisme, à l'hystérie, au spiritisme, à la lumière des documents courants.

Quant aux hypermnésies vésaniques et à celles des états symptomatiques d'aliénation mentale, elles auraient pour caractères que : — 1° Dans les folies vésaniques pures, la mémoire est toujours conservée dans ses deux principaux temps : fixation et rappel; — 2° dans l'excitation maniaque, seule ou alternant avec la dépression mélancolique, la mémoire de rappel est exaltée; — 3° la mémoire est également exaltée dans la période prodromique de la paralysie générale; — 4° la mémoire de fixation est conservée ou même exaltée dans la folie; — 5° la mémoire persiste souvent très longtemps, et quelquefois s'exalte, chez les vieux vésaniques qui n'aboutissent pas tous à la démence. En ce qui concerne l'hypermnésie toxique, elle traduit l'état intellectuel produit par les intoxications.

Dans ses conclusions générales, M. Guillon se critique lui-même; s'il a trop fait de citations, dit-il, c'est que l'originalité d'un travail scientifique ne réside pas toujours dans la personnalité du style, il faut tenir compte de la manière de présenter les faits. Or, il aurait été le premier à distinguer des hypermnésies permanentes qui sont des hypertrophies générales et partielles (troubles pathologiques), l'hypermnésie proprement dite consistant en un trouble de l'évocation des images, et l'hypermnésie par accélération du troisième temps de la mémoire, mode particulier de l'association des idées avec ou sans rapidité de la pensée (état maniaque — intoxication par l'alcool, le chloroforme, le haschich, l'opium)

XIII. — Hypnotisme, religion; par F. Regnault, Paris, in-16, 1897. C. Reinwald et Schleicher, éditeurs.

XIII. — C'est un recueil de faits, illustré de beaux dessins, pour la plupart connus des médecins, liés ensemble par la préface de Camille Saint-Saëns, de l'Institut, qui traite de l'évolution de la religion.

« Aucune société, y est-il dit, n'a pu vivre dans le passé sans une religion à sa base; ce qui était impossible à l'humanité adolescente, le sera-t-il à l'humanité virile, en possession d'une part de vérité supérieure? Qui pourrait le dire? —

Il semble que cette évolution soit commencée. Déjà notre société chrétienne est en contradiction complète avec les principes du christianisme; et la partie même qui se proclame chrétienne ne l'est que de nom; cet état de choses dure depuis plusieurs siècles, et, si la société est malade, comme on le dit cela tient à d'autres causes. En fait, voici longtemps que la société, tantôt d'accord avec la religion, tantôt en lutte avec elle, n'en tire plus sa sève et sa raison d'être. Elle vit sur son propre fonds, et il n'y a pas à s'effrayer de l'antinomie entre la religion et la science; c'est une tempête destinée, comme toutes les tempêtes, à s'apaiser, à se terminer dans le calme et l'harmonie. »

M Regnault montre d'autre part comment la religion, première science de l'homme, a conçu les dieux à l'image de l'homme et a calqué la vie d'au-delà sur la vie terrestre. La sorcellerie a pris naissance et, comme le culte, s'est calquée sur la vie du peuple. La prière et le culte ont exercé une action suggestive utile, mais bientôt s'est développée l'hystérie religieuse avec ses formes identiques dans leurs variétés, quel que fût le peuple, le temps, le *credo* (ch. IV à XV), guérissant aussi ses plaies par la suggestion à d'autres moments nocive (rôle de la foi qui guérit). La suggestion religieuse ou extra-religieuse n'est-elle pas normalement utile ou nuisible, selon les cas: en temps de guerre, elle aide à remporter les batailles et conserve l'énergie des soldats vaincus (ch. XVI et XVII). Les derniers chapitres sont consacrés à l'histoire du fluide magnétique et de la religion spirite. Ici je note : « L'homme a besoin d'autre chose que la vérité. Celle-ci s'impose; on ne se sacrifie pas pour elle, elle ne développe pas nécessairement l'esprit de solidarité et de sacrifice nécessaire au maintien de la société. Pour cela il faut plus; l'enthousiasme. C'est par l'enthousiasme, par l'emballement, que les sociétés luttent, progressent, se régénèrent. C'est pourquoi dans l'avenir la science et la religion ne sont point incompatibles. » — Un appendice traite des Béguines de Saint-Jean de Bonnefond (près Saint-Etienne) et des masques qui suggèrent une personnalité.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène et régime alimentaire des diabétiques; par le Dr Alex. Renault. — In-8 de 277 pages, Rueff, 1898.

C'est la mise en volume des articles publiés par le Dr Alex. Renault dans la *Revue générale de clinique et de Thérapeutique*, relativement à l'hygiène du diabète sucré ordinaire.

Dix chapitres, dont le premier, le plus important, traite des aliments et boissons à prescrire aux diabétiques. Les règles posées par Bouchardat sont adoptées, avec les considérations personnelles de l'auteur, quant aux menus détails. C'est ainsi que les soupes grasses au bouillon, à l'huile d'olives, aux choux, à la bisque, la julienne (sans navets ni carottes), etc., sont permises; que les asperges, les saucisses truffées, le boudin, les salaisons, les huîtres frites, les escargots, les harengs saurs, radis, truffes, champignons, anguilles, gibier, anchois, côtelettes à la Soubise, etc., sont défendus absolument, ou permis avec réserve, pour des raisons de structure chimique ou de digestibilité Les boissons, les vins et liqueurs sont étudiés avec assez de détails. Il en est de même des *régimes exclusifs*, dont la critique présente un certain intérêt. D'ailleurs, ce premier chapitre comprend à lui seul 188 pages.

Il s'agit ensuite du *climat* (Le Cannet, Pau, Madère, Suisse) et de l'*habitation* (bien située, aérée et ventilée, température 16 à 18°), et ensuite (chap. III) des *vêtements*. La flanelle est vivement conseillée, et surtout celle en *laine cardée*, dite *flanelle de santé*. Eviter en principe les couvre-pieds et édredons. Peu de sommeil. Les *soins de la peau* (chap. IV) exigent des ablutions quotidiennes ou des bains (30 à 35°). La douche froide est, en principe, favorable au diabétique, mais sous certaines conditions, précisées par le Dr Sénac (de Vichy) (p. 206). Enfin, les bains de mer sont conseillés, ainsi que les frictions et le massage.

Il faut de l'*exercice* (chap. V), et le meilleur est produit par la gymnastique, et en particulier celle avec appareils, en tenant compte de l'âge, du sexe, de la resistance vitale, de l'entraînement antérieur, et de la température ambiante.

Les professions les plus atteintes par le diabète (chap. VI), sont apparemment celles de rentiers, de commerçants et de notaires, mais c'est dû à l'absence d'activité jointe à une alimentation trop riche. Enfin l'auteur n'a pas omis l'*hygiène de la femme* (chap. VIII), pas plus que l'*hygiène préventive des complications du diabète*. Le dernier chapitre concerne l'*hygiène des prédisposés*.

En résumé, le livre du Dr Renault mérite d'être signalé et consulté, pour les maints conseils pratiques qu'il renferme.

Paul Cornet.

VARIA

Conseil municipal : Hommage à M. Peyron. — Souhaits de bienvenue à M. Napias.

Le Conseil municipal à ouvert sa nouvelle session le 1er juin. Le président d'âge, M. Ruel, et le président réélu, M. le Dr Navarre ont successivement rendu hommage à l ancien directeur de l'Assistance publique, M. Peyron, et adressé au nouveau directeur, M. Napias, leurs souhaits de bienvenue.

« Je souhaite, a dit M. Ruel, la bienvenue parmi nous au nouveau directeur de l'Assistance publique, M. Napias, et j'adresse nos adieux les plus sympathiques à son prédécesseur, M. Peyron, Pendant les longues années qu'il a consacrées à ses hautes et délicates fonctions, M. Peyron a été, pour le Conseil municipal, un collaborateur dévoué, et ce n'est pas sans chagrin que nous avons appris son départ. C'est un fidèle serviteur de Paris, un bon et ferme républicain qui nous quitte; il emporte, dans sa retraite, l'estime et l'amitié de tous. » (*Très bien! Très bien!*)

M. le Dr Navarre s'exprime en ces termes :

« Pendant treize années M. Peyron s'est consacré avec passion aux fonctions délicates qui lui étaient confiées. Il a apporté dans son administration ses brillantes qualités du cœur qui savaient, le cas échéant, faire fléchir les règlements inexorables devant les droits imprescriptibles de l'humanité. (*Très bien !*) Il a appliqué tous ses efforts à la réalisation des réformes compatibles avec le régime d'exception qui pèse lourdement sur l'Assistance publique à Paris. Si les progrès accomplis sont loin d'atteindre notre idéal, il faut moins en vouloir à l'homme qu'aux institutions elles-mêmes.

« M. Peyron nous a quittes pour aller défendre, en toute liberté, la République démocratique et anticléricale à laquelle il a, durant sa carrière administrative, donné tant de preuves de dévouement. (*Très bien !*)

« Qu'il reçoive l'expression cordiale des sympathies de tous ceux qui l'ont vu à l'œuvre et dont il a été un des plus fidèles collaborateurs. (*Applaudissements.*)

« Je souhaite la bienvenue à son successeur, M. Napias. Il verra qu'en dépit des divergences de doctrine nous nous retrouvons tous d'accord et prêts à tous les sacrifices quand il s'agit de venir en aide aux malheureux. L'assistance est un devoir social qui ne peut être bien rempli que par la commune elle-même; mais notre accueil sympathique n'en est pas moins acquis au directeur venant à nous avec la ferme résolution de tirer le meilleur parti possible d'une administration vieillote condamnée à disparaitre. »

Nous aurons prochainement l'occasion de rappeler l'heureuse influence de M. Peyron sur l'accomplissement de l'une des réformes les plus importantes accomplies dans l'Assistance publique depuis vingt ans.

Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie.

(2e session, Marseille, 8 octobre 1898.)

Les questions mises d'avance à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° Section de Gynécologie (président M. le Dr Pozzi). — *Diagnostic et traitement des grossesses extra-utérines*, rapporteur M. le Dr P. Segond. professeur agrégé de l'Université de Paris (sera discuté, sections réunies).

2° Section d'Obstétrique (président M. le Pr Pinard). — *Des auto-intoxications gravidiques*, rapporteurs MM. les Drs Boulre de Saint-Blaise, chef de clinique de la Faculté de Paris, et Fieux, chef de clinique de la Faculté de Bordeaux (sera discuté sections réunies).

3° Section de Pédiatrie (président M. le Dr A. Broca).

a) Questions discutées. Sections réunies : Chirurgie: *Des*

hernies congénitales abdominales, rapporteur M. le Dr Delanglade, professeur suppléant à l'École de médecine de Marseille. Médecine : *Des associations microbiennes dans la diphtérie*, rapporteur M. le Dr Méry, médecin des hôpitaux de Paris.

b) Questions discutées. Section spéciale : *La dyspepsie des collégiens*, rapporteur M. le Dr P. Le Gendre, médecin des hôpitaux de Paris ; *Traitement des cardiopathies infantiles*, rapporteur M. le Dr Weill, médecin des hôpitaux de Lyon ; *Les purpuras de l'enfance*, rapporteur M. le Dr Léon Perrin (de Marseille) ; *Les diplégies de l'enfance*, rapporteur M. le Dr Oddo, médecin des hôpitaux de Marseille; *Les colites de l'enfance*, rapporteur M. le Dr L. Guinon, médecin des hopitaux de Paris ; *Traitement du pied bot paralytique*, rapporteur M. le Dr Z. Métaxas (de Marseille).

Les rapports sur les questions proposées par le Congrès seront imprimés et distribués aux membres adhérents dans la 1re quinzaine du mois d'août. Les membres qui voudraient faire quelques communications sont instamment priés d'en envoyer le titre au secrétariat avant cette époque, pour que ces communications soient mentionnées dans le programme des séances qui sera envoyé aux participants, avant l'ouverture du Congrès.

Monument Chervin aîné.

Des amis de M. Chervin aîné, directeur-fondateur de l'Institut des Bègues de Paris, décédé le 23 décembre 1896, ont eu la pensée de s'unir pour assurer le souvenir de cet homme de bien. Sur notre demande, le Conseil municipal de Bourg-de-Thizy (Rhône), ville natale de Chervin aîné, a mis à notre disposition une de ses places où nous avons le projet d'élever un monument artistique important. La ville de Lyon où Chervin aîné a si longtemps exercé a décidé de placer son buste dans la salle du Musée consacrée aux illustrations lyonnaises. Pour assurer l'exécution de ces projets, nous avons ouvert une souscription entre les amis et les anciens élèves de Chervin aîné et nous les prions de vouloir bien faire parvenir leur offrande à notre trésorier. A titre de souvenir et de remerciement les souscripteurs recevront, après leur exécution, une photographie des œuvres d'art projetées et dont l'exécution a été confiée à un de nos plus habiles statuaires, M. Emile Soldi, ancien Grand Prix de Rome et ami particulier de Chervin aîné.

Le président du Comité, A. Vingtrinier, bibliothécaire de la ville de Lyon, 32, rue Neuve, Lyon. — Le trésorier, Léonce Durand, propriétaire, 128, rue de la Pompe, Paris.

Procédé facile de recherche des matières colorantes biliaires dans les urines.

Voici un procédé très sensible indiqué par M. Rosin : « On fait une solution de teinture d'iode dans l'alcool à la concentration de 1 0/0. De cette solution on verse avec précaution une couche à la surface de l'urine à examiner. S'il existe de la bilirubine dans liquide, on voit se produire un anneau vert au point de contact. » (*Wiener klin. Woch.*, n° 11).

Actes de la Faculté de Médecine de Paris

Lundi 6. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Tillaux, Ricard, Walther. — (2e *série*) : MM. Monod, Humbert, Poirier. — (2e *partie*) : MM. Potain, Hayem, Widal — (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Delens, Kirmisson, Jalaguier. — (2e *série*) : MM. Segond, Reclus, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Dejerine, Gaucher.

Mardi 7. — 4e *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Chantemesse, Gilbert, Chassevant. — (2e *série*) : MM. Grancher, Proust, Hartmann. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Schwartz, Quénu, Brun. — (2e *série*) : MM. Polaillon, Peyrot, Campenon. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Marie, Achard. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Maygrier, Bar.

Mercredi 8. — 4e *de Doctorat* : MM. Fournier, Pouchet, Netter — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Delens, Humbert, Sébileau — (2e *série*) : MM. Jalaguier, Reclus, Tuffier. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Ribemont-Dessaignes, Varnier, Bonnaire.

Jeudi 9. — 4e *de Doctorat*. (1re *série*) : MM. Proust, Chantemesse, Hanriot. — (2e *série*) : MM. Pouchet, Hutinel, Thoinot.

Vendredi 10. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Monod, Picard, Delbet. — 2e *partie* (1re *série*) : MM. Hayem, Gilles de la Tourette, Thoinot. — (2e *série*) : MM. Joffroy, Dejerine, Nélaton. — (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Kirmisson, Segond, Walther. — (2e *série*) : MM. Marchand, Humbert, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Potain, Grancher, Widal. (1re *partie*). Obstétrique : MM. Ribemont-Dessaignes, Varnier, Bonnaire.

Samedi 11. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Gilbert, Roger. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Polaillon, Bouilly, Nélaton. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Ballet, Marfau. — (1re *partie*.) Chirurgie : MM. Campenon, Richelot, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Debove, Ménétrier, Achard. — (1re *partie*.) Obstétrique : MM. Budin, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris

Mercredi 8. — M. Ratner. Du cœur dans la tuberculose. — M. Temin. Étude sur la péritonite à pneumocoque primitive et isolée, chez l'adulte et l'adolescent. — M. Couderc. L'opération de Trindelenburg. (Traitement des ulcères variqueux par la résection de la saphène). — M. Labbé. Étude du ganglion lymphatique dans les infections aigues. — M. Boutin. Contribution à l'étude du fibromyome télangiectasique du vagin chez la femme enceinte. — M. Martirené. Réflexions sur quelques cas d'arthrite aiguë chez l'enfant.

Jeudi 9. — M. Lacroix. Traitement de la coqueluche par les inhalations d'oxygène saturées de vapeurs médicamenteuses. — M. Saizy. Les troubles des organes génitaux de la femme au cours des affections rénales. — M. Hallé. Recherches sur la bactériologie du canal génital de la femme. — M. Pierrhugues. Le phtisique parisien à l'hôpital. — M. Lemoine. Contribution à l'étude de la pleurésie séro-fibrineuse chez le vieillard. — M. Fournier (Edm.). Les stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis.

Enseignement médical libre.

Hôpital Saint-Louis. — Le Dr du Castel reprendra ses conférences cliniques le samedi 4 juin, et les continuera les samedis suivants. A 1 heure 1/2, consultation externe ; à 2 h. 1/2, conférence clinique dans la salle des conférences.

Cours de bactériologie. — Un cours et des travaux pratiques de bactériologie médicale commenceront le mardi 7 juin, à deux heures, à l'École de Médecine, au laboratoire de bactériologie de M. le Pr Cornil, sous la direction de M. le Dr Fernand Bezançon. Se faire inscrire au laboratoire de l'École pratique, de de ix à cinq heures.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 15 mai au samedi 21 mai 1898, les naissances ont été au nombre de 1.095, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 378, illégitimes, 154. Total, 532. — *Sexe féminin* : légitimes, 410, illégitimes, 153. Total, 563.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 15 mai au samedi 21 mai 1898, les décès ont été au nombre de 927, savoir : 477 hommes et 450 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 1. T. 2. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M 11, F. 22, T. 33. — Scarlatine : M 0, F. 0, T. 0, — Coqueluche : M. 1, F. 2, T. 3. — Diphtérie, Croup : M. 4. F. 1, T. 5. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 100, F. 80, T. 180. — Méningite tuberculeuse : M. 17, F. 11, T. 28. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 12, T. 30. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 7, T. 8. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 26, T. 44. — Méningite simple : M. 16, F. 10, T. 26. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 15, F. 31, T. 46. — Paralysie, M. 3, F. 8, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 3, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 24, F. 28, T. 52 — Bronchite aigue : M. 3, F. 6, T. 9. — Bronchite chronique : M. 12, F. 9, T. 21. — Broncho-pneumonie : M. 24, F. 20, T. 44. — Pneumonie : M. 22, F. 10, T. 32 — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 31, F. 14, T. 45. — Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 12, T. 28. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 5, T. 9. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 4, T. 6. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 3, T. 4. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 14, F. 12, T. 26. — Sénilité : M. 7, F. 14, T. 21. — Suicides : M. 6, F. 13, T. 19. — Autres morts violentes : M. 9, F. 6, T. 15. — Autres causes de mort : M. 85, F. 77, T. 162. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 1, T. 6.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 85, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28 illégitimes, 16, Total : 44. — *Sexe féminin* : légitimes, 27, illégitimes, 14. Total : 41.

Facultés de Médecine. — *Concours d'agrégation.* — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes : *Chirurgie* : Paris : MM. Legueu, Manclaire, Faure. — Lyon : MM. Novè-Josserand, Bérard. — Nancy : M. André. — Lille : M. Gaudier. — Montpellier : M. Imbert. — Toulouse : MM. Cestan, Bauby. — Bordeaux : M. Chavannaz. — *Accouchements* : Paris : MM. Lepage, Wallich. — Bordeaux : M. Fieux. — Toulouse : M. Audebert.

Faculté de Médecine de Montpellier. — *Concours pour Marseille et Tunis.* — Un concours s'ouvrira le 10 novembre 1898, devant la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier pour deux emplois de suppléant aux chaires de pathologie et de clinique médicales à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours. — Un concours pour deux places de médecin titulaire et deux places de médecins suppléants de l'hôpital civil français de Tunis, s'ouvrira le 31 mai 1898, à Tunis, devant un jury composé de trois professeurs ou agrégés, désignés par le doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier. Pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat général du gouvernement tunisien, à Tunis.

Epidémie : Récompenses. — Des médailles d'honneur ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de diverses épidémies qui ont sévi en France et en Algérie :

Médaille d'or. — M. Gillot, interne provisoire à l'hôpital civil de Mustapha.

Médailles de vermeil. — Mme veuve Ruffier, infirmière; Mlle Ruffier, infirmière, épidémie de typhus à Alger en 1898.

Médailles de bronze. — M. Giacosa (Jean), garde de santé à Nice depuis trente-et-un ans, a coopéré avec zèle et dévouement à l'exécution des mesures de prophylaxie appliquées aux navires contre l'importation des maladies pestilentielles. M. Coste, ancien commissaire spécial de police à Saint-Pol, actuellement commissaire spécial adjoint à la gare du Nord à Paris, épidémie de fièvre typhoïde à Berck en 1894). M. le Dr Masquerav, à Auffray (épidémie de diphtérie à Heugleville-sur-Sèse en 1896).

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgie.* — Le concours s'est ouvert le jeudi 26 mai 1898, à l'administration centrale de l'Assistance publique. La question tirée au sort a été : *Portion membraneuse de l'urètre; ruptures traumatiques de l'urètre.* Les copies étaient au nombre de dix-huit.

Asile national de Vincennes. — Un concours pour l'internat de l'Asile national de Vincennes s'ouvrira le jeudi, 2 juin, à 9 heures du matin, au Ministère de l'Intérieur.

Monument Duchenne (de Boulogne). — Nous rappelons que les cotisations pour l'œuvre du monument Duchenne, à élever à Boulogne, doivent être adressées ou à M. le Dr Guerlain fils, trésorier du comité, rue Nationale, à Boulogne-sur-Mer, ou à M. le [illegible] Aigre, maire de Boulogne-sur-Mer.

Recueil des Annales de Médecine navale et coloniale. — A partir du 1er janvier 1898, le *Recueil des Annales de Médecine navale et coloniale* a cessé d'être commun au département de la marine et à celui des colonies. — Le département des colonies publiera les *Annales d'hygiène et de médecine coloniales.* Une somme de 5 000 fr. est et demeure annulée sur les crédits ouverts au Ministère de la Marine, au titre du budget général du 15 avril 1898. Cette somme se répartit comme suit : Chapitre 1[illegible] : 1.500 fr. Chapitre 48 : 3.500 fr. — Il est ouvert au Ministre des Colonies au titre de l'exercice de 1898, par voie de transport des sommes annulées ci-dessus, un crédit de 5.000 fr. qui s'ajoutera aux prévisions du chapitre 8 du budget de ce département.

Action du tabac sur la vue. — Dans une manufacture de tabac américaine, sur 150 employés examinés au point de vue visuel, aucun ne présenta une vision normale. Tous ces employés, d'ailleurs, fumaient ou chiquaient. Chez 45, l'acuité visuelle était notablement diminuée, dans [illegible]0 cas, la dyschromatopsie était très [illegible], les uns voyant le rouge brun ou gris, les autres le [illegible] bleu ou orange. La plupart étaient incapables de distinguer [illegible] blanc au centre d'un carton noir. (*J. you m[illegible]*).

[illegible]te d'une jolie anecdote. — La *Gaz[illegible]* a publié récemment, sous le titre : *Une jolie anecdote* [illegible], une histoire en effet très amusante et sans doute [illegible]. Il s'agit d'un [illegible] amour pour augmenter ses rentes. — M[illegible] [illegible] collègue de la [illegible] [illegible] que [illegible] [illegible] grande clientèle et opérant [illegible] [illegible] ? Mais [illegible] [illegible], [illegible] [illegible].

Nécrologie. — M. le Dr Ignaz Neudörfer, privatdocent de chirurgie à la Faculté de Médecine de Vienne. — M. le Dr Armand, médecin à Bordeaux, décédé à l'âge de 56 ans. — M. le Dr Al[illegible], de Broquiès (Aveyron). — M. le Dr Laffon, de Claira (Pyrénées-Orientales). — M. le Dr Condamine, de Saint-Menoux.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Sabouraud, le mardi à 10 heures, dans le laboratoire de l'Ecole, leçons théoriques et pratiques *sur les maladies du cuir chevelu.*

Hôpital des Enfants-Malades. — *Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie.* — M. le Dr Sevestre, le lundi à 9 heures du matin, pavillon Trousseau, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie).

Hôpital de la Pitié. — M. le Pr Albert Robin, le lundi à 9 h. 3/4 du matin.

Asile clinique. (Sainte-Anne.) — *Clinique des maladies mentales* : Pr Joffroy, le samedi à 10 heures.

Hôpital Andral. — MM. Albert Mathieu et Maurice Soupault, conférences cliniques sur les maladies de l'appareil digestif, le vendredi, à 10 heures du matin.

Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac. — MM. Albert Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, Maurice Soupault, ancien interne des hôpitaux de Paris, J.-Ch. Roux, interne des hôpitaux et Laboulais, ancien interne en pharmacie, conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. Les élèves sont exercés individuellement aux manipulations indispensables pour le diagnostic. Se faire inscrire au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

Hôpital Tenon. — M. le Dr A. Béclère, le vendredi à 10 h. 1/2 du matin : conférences et exercices pratiques sur les applications de la découverte de Rœntgen au diagnostic médical.

Hôtel-Dieu. — *Clinique chirurgicale.* — M. le Pr Duplay, le mardi et le vendredi à 10 heures.

Asile de Villejuif. (Tramway du Châtelet). — *Maladies mentales.* — M. Toulouse : lundi à 9 h., visite du service; à 10 h., examen d'un malade par un élève; à 10 h. 1/2 leçon clinique.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. [illegible]

2e SÉRIE. T. VII. N° 24. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 11 JUIN 1898

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

L Aphasie amnésique et ses variétés cliniques;
(*Suite*) (1).

Par le Pr **A. PITRES.**

DEUXIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — I. Analyse psychologique des actes mnésiques. Mémoire de fixation (pénétration, conservation des images). Mémoire de recollection (évocation, reviviscence et reconnaissance des souvenirs).

II. — Pathologie générale de la mémoire. Hypermnésies et amnésies. Troubles de la fixation. Troubles de la recollection. L'oubli et ses variétés. Indépendance possible des pertes de l'évocation, de la reviviscence et de la reconnaissance. La mémoire est une fonction psychique complexe. Sa définition physiologique.

III. — Corollaires de la définition précédente : 1° la mémoire n'est pas une entité psychologique; 2° elle n'est pas une propriété générale des cellules nerveuses ; 3° elle n'a pas un centre spécial; 4° différence de signification des mots mémoire et souvenir; 5° objections à la doctrine des mémoires partielles.

IV. — Définition de l'amnésie. L'amnésie n'est pas plus une entité pathologique que la mémoire n'est une entité psychologique. C'est un terme abstrait par lequel on désigne l'ensemble des perturbations en moins des actes mnésiques. En fait, il y a quatre variétés bien distinctes d'amnésies : les amnésies de fixation ou apexies, les amnésies de reviviscence ou amnémasies, les amnésies d'évocation ou dysmnésies, les amnésies de reconnaissance ou paramnésies.

V. — Application de ces données à l'étude de la fixation et de la recollection des images verbales. Rôle de la mémoire dans la fonction du langage. Intervention des amnésies verbales dans la pathogénie des divers syndromes aphasiques. L'aphasie dite amnésique correspond aux seules perturbations du langage provoquées par la dysmnésie d'évocation des mots.

Messieurs,

Les maladies de la mémoire ont été étudiées, en ces derniers temps, avec un soin tout particulier, aussi bien par des philosophes que par des médecins. M. Ribot (2) leur a consacré un petit livre très substantiel qui est un chef-d'œuvre de clarté et de pénétrante analyse. M. Sollier (3), envisageant surtout la question au point de vue médical, a donné un résumé très précis de l'ensemble de nos connaissances sur les amnésies. De nombreux travaux moins importants, mais dans lesquels on trouve cependant des documents précieux, ont été publiés par divers auteurs. Bref, le moment n'est probablement pas très éloigné où la pathologie de la mémoire nous sera aussi bien connue que celle des poumons ou du cœur. Avant de nous occuper de la partie de cette pathologie qui nous intéresse tout spécialement aujourd'hui à cause de ses applications immédiates à l'étude de l'aphasie, je vous rappellerai très brièvement quelques notions élementaires relatives à la physiologie de la mémoire.

I. — L'analyse d'un acte mnésique révèle l'existence de deux séries d'opérations successives et distinctes. Par la première, les images des sensations se gravent dans le cerveau et s'y conservent à l'état latent; par la seconde, elles sont évoquées et apparaissent devant la conscience. Les philosophes ont depuis longtemps reconnu les différences qui séparent ces deux ordres de phénomènes et pour bien en montrer l'importance, quelques-uns d'entre eux, notamment sir William Hamilton, M. Charlton Bastian, etc., ont proposé de réserver le nom de MÉMOIRE à la propriété qu'ont les éléments nerveux de conserver, en dehors de l'intervention de la conscience, les images des impressions, et d'appeler RECOLLECTION la propriété par laquelle le *retentum* est extrait des profondeurs du cerveau et se présente à la conscience.

Cette division est parfaitement justifiée. Le seul reproche qu'on puisse lui adresser, c'est qu'elle détourne le mot mémoire du sens qu'on est habitué depuis des siècles à lui attribuer. Pour éviter cet inconvénient, il suffit de diviser la mémoire en : 1° mémoire statique, d'acquisition ou de fonction; et, 2° mémoire dynamique, de répétition ou de recollection (1). C'est ce que font la plupart des psychologistes de notre pays.

A. — La MÉMOIRE DE FIXATION correspond à l'ensemble des actes par lesquels les impressions sensitives pénétrant dans le cerveau y laissent une trace de leur passage, un résidu, une image, quelque chose enfin, qui est susceptible de renaître ultérieurement et de représenter à l'esprit, sous la forme de souvenirs, les sensations antérieurement perçues.

Elle comprend deux stades dont le premier est la *pénétration* de l'image dans la substance nerveuse, et le second sa *rétention* ou sa *conservation*. Tout le monde sait que certaines personnes apprennent vite mais retiennent mal, tandis que d'autres apprennent difficilement, mais retiennent très longtemps ce qu'elles ont péniblement appris. On dit des unes qu'elles ont la mémoire facile, des autres qu'elles l'ont sûre ou fidèle.

Les psychologues ont soigneusement étudié les conditions qui assurent la fixation des images (intensité de la sensation initiale, répétition fréquente de cette sensation, application de l'attention du sujet, etc.). Ils ont constaté, en outre, que la facilité de la pénétration et de la rétention des images était en rapport avec des aptitudes individuelles innées. Il est évident que nous ne conservons pas également bien tout ce qui pénètre dans notre mémoire. Tel sujet qui retient facilement les chiffres et leurs fonctions, ou les sons musicaux et leur combinaisons harmoniques, éprouve de grandes difficultés à apprendre les langues étrangères ou la géographie, et *vice versa*. Ce sont là des faits d'observation courante.

B. — La MÉMOIRE DE RECOLLECTION comprend les actes par lesquels l'image, antérieurement emmagasinée dans le cerveau, émerge, à un moment donné, les

(1) Voir *Progrès médical*, nos [illegible], 1898.

(2) [illegible] — *[illegible] la mémoire*. 1 vol. in-18. Alcan, édit. [illegible]

(3) [illegible] — *[illegible]*. 1 vol. in-12. Rueff, édit. Paris, 1892.

(1) La différence de ces deux mémoires est démontrée par d'intéressantes expériences, réunies par M. Durand-Greville, dans un article fort intéressant de la *Revue scientifique* du 2[illegible] septembre 1893, p. 411.

profondeurs de l'inconscient, et se présente au moi. Son phénomène essentiel est la *reviviscence* de l'image. Mais la reviviscence ne constitue pas toute la recollection; elle est habituellement précédée par l'*évocation* et suivie par la *reconnaissance*.

L'*évocation* est l'excitant physiologique, normal, de la reviviscence. Elle est représentée : ou bien par des associations d'idées qui éveillent successivement des groupes de souvenirs; ou bien par un effort d'attention, une application volontaire de l'esprit à la recherche d'un souvenir spécial.

Quand elle s'est souvent répétée, elle devient, en quelque sorte, automatique : l'apparition d'une image amène alors la reviviscence d'une ou de plusieurs autres images unies à la première par des associations que l'habitude a rendues purement réflexes.

Bien que l'évocation ne soit que la préparation de la reviviscence, elle joue dans le mécanisme de la mémoire un rôle de premier ordre. Qu'importerait, en effet, qu'une image fût conservée dans notre cerveau si nous ne pouvions l'en extraire au moment où elle nous est utile? Ainsi que le fait très justement remarquer M. Janet, la reviviscence que nous ne pourrions pas provoquer à notre gré n'existerait pas plus pour nous que le mouvement dans un corps immobile, ou l'étincelle dans une machine électrique au repos.

La *reconnaissance* est le phénomène par lequel l'*image-souvenir* est reconnue par la conscience comme l'équivalent de l'*image-sensation* dont elle n'est que la reproduction. Lorsqu'elle est complète et précise, elle localise le souvenir dans le passé et l'entoure des circonstances accessoires qui ont accompagné sa fixation. Nous rencontrons un ancien camarade d'études et nous pensons aussitôt aux petites misères de la vie de collège que nous avons subies ensemble, aux plaisirs que nous avons partagés dans notre jeunesse, à telle ou telle période de notre existence commune. Nous ressentons les émotions que nous éprouvâmes jadis. Nous sommes, de nouveau, heureux de nos anciennes joies ou affligés de nos anciennes tristesses. Nous revivons dans le passé, non pas seulement par le souvenir des événements, mais par la reproduction des états émotifs qu'ils nous ont causés. C'est pour cela que M. Sergi a pu définir la mémoire : « La reviviscence des états de conscience. »

II. — Les perturbations pathologiques de la mémoire sont très variées. Les unes sont caractérisées par l'exaltation de la fonction. On les décrit sous le nom générique d'*hypermnésies*. Nous ne ferons que les signaler, parce que leur étude n'a aucun rapport avec celles des aphasies. Les autres ont pour caractère général l'affaiblissement ou l'abolition de la fonction. On les appelle en bloc les *amnésies*. Elles peuvent atteindre, soit la mémoire statique ou de fixation, soit la mémoire dynamique ou de recollection. Les premières sont les moins importantes. Elles ont pour effet de rendre difficile ou impossible la pénétration ou la conservation des images psycho-sensorielles. Chez les malades qui en sont atteints, les excitations sensitives, qui devraient laisser des traces persistantes dans l'esprit, passent sans donner lieu à la formation d'images susceptibles de reviviscence. Rien ne reste, rien ne se fixe. Ce qui entre par une oreille sort par l'autre (1). Pas de rétention des souvenirs, partant pas d'acquisitions nouvelles. L'intelligence s'appauvrit et la désagrégation de tout le mécanisme mental, la démence, suit généralement de près l'affaiblissement de la puissance de fixation des images mnésiques.

Les perturbations en moins de la mémoire de recollection sont beaucoup plus intéressantes que celles de la mémoire statique. Elles ont pour caractère constant la perte totale ou partielle des souvenirs antérieurement acquis : L'OUBLI.

Longtemps on a considéré l'oubli comme un phénomène simple, toujours identique à soi-même. Et, de fait, si on l'envisage seulement dans ses phases ultimes, cette opinion est soutenable. Mais de même que la mort des individus peut être provoquée par des causes très dissemblables, ainsi l'oubli, qui est la mort des souvenirs, pourrait fort bien être l'aboutissant commun de processus variés. Les études combinées des cliniciens et des philosophes ont transformé cette hypothèse en certitude. On sait pertinemment aujourd'hui que l'oubli ne se constitue pas toujours de la même façon, qu'il y en a plusieurs variétés et qu'en poussant un peu loin l'analyse, on en doit distinguer autant de formes séparées qu'il y a de phénomènes élémentaires prenant part à l'accomplissement des actes de recollection. C'est vous dire qu'il y a des oublis de reviviscence, des oublis d'évocation et des oublis de reconnaissance.

1. *Oubli par manque de la reviviscence.* — C'est la variété à la fois la plus commune en pathologie et la plus difficile à analyser. Elle tient tantôt à des altérations organiques des centres corticaux où s'opèrent la fixation et la conservation des images, tantôt à une simple inertie fonctionnelle des éléments anatomiques qui entrent dans la composition de ces centres. Les cas les plus curieux et les plus instinctifs sont ceux où l'un des centres psycho-sensoriels de l'écorce cérébrale étant désorganisé par une lésion massive localisée, toutes les images contenues dans ce centre sont détruites, de telle sorte que le malade se trouve privé de l'usage d'un groupe d'images similaires, optiques, acoustiques ou autres, selon le région atteinte. On dit alors qu'il a perdu la mémoire visuelle, auditive, etc., expression qui n'est peut-être pas absolument juste, dont nous seront même amenés tout à l'heure à faire la critique, mais qui traduit un fait incontestable : la perte brutale d'un lot d'images, et, par conséquence forcée, la disparition d'un faisceau de souvenirs.

Les oublis par manque de reviviscence dépendant de simple troubles fonctionnels sont extrêmement intéressants. Certains malades perdent tout à coup à la suite de chocs émotionnels ou de traumatismes du crane, sans altération matérielle appréciable du cerveau, le souvenir de tout ce qu'ils ont vu, connu ou appris durant une certaine période de leur existence. Les faits de ce genre ont été étudiés, en ces derniers temps, avec beaucoup de soin, sous les noms d'amnésies temporaires, simples ou rétrogrades, selon que la perte des souvenirs porte seulement sur les faits relatifs à l'événement causal ou qu'elle s'étend aux faits qui l'ont précédé pendant un temps plus ou moins long. A ce même groupe appartiennent aussi les amnésies systématiques hystériques dont M. Pierre Janet a fait de si fines analyses

(1) Chose cur[illegible] ! Cela n'empêche pas quelquefois les souvenirs [illegible] de persister avec une grande netteté. On le constate [illegible] chez [illegible] vieillards qui, tout en se souvenant fidèlement des aventures de leur jeunesse, ne se rappellent plus les événements récents. [illegible] rive dans un passé déjà lointain [illegible] ce qui s'est passé [illegible] avant [illegible] terroge.

cliniques et psychologiques, et les amnésies post-hypnotiques (1).

2. *Oubli par défaut de l'évocation.* — Lorsque l'oubli dépend d'un défaut de l'évocation, il a des symptômes très particuliers et généralement très faciles à mettre en évidence. Un exemple vous fera, mieux qu'une description abstraite, comprendre ce qui le distingue : J'ai connu jadis, comme tout bachelier, les noms des neuf muses; mais depuis bien longtemps je n'ai pas eu l'occasion de me les remettre en mémoire. En y réfléchissant, je trouve cependant ceux de Melpomène, Thalie, Terpsichore, Uranie, Euterpe. Quant aux autres, j'ai beau me creuser la tête, je ne les retrouve pas. Un voisin bienveillant me souffle : Erato, Polymnie, Clio, Calliope, et à mesure que ces noms résonnent à mes oreilles, je reconnais qu'ils font bien partie de ceux que je cherchais. Ils n'étaient donc pas complètement perdus pour moi. Peut-être même les aurais-je retrouvés tout seul à un autre moment. Dans tous les cas, leur image n'était pas absolument effacée dans mon cerveau. Il a fallu qu'on me les rappelle pour que je m'en souvienne, cela est vrai; mais, aussitôt qu'on me les a eu rappelés, je les ai *reconnus*.

Cette forme de l'oubli, caractérisée par la difficulté ou l'impossibilité de l'évocation volontaire des images, avec conservation intégrale de leur reconnaissance, est le symptôme pathognomonique d'un trouble de l'évocation. Sa valeur séméiologique est très précise : *elle indique une perturbation de la fonction mnésique limitée à l'évocation*, rien de plus, rien de moins.

3° *Oubli par perte de la reconnaissance.* — Les *perturbations de la reconnaissance* sont plus rares que celles de l'évocation. Elles sont cependant évidentes dans certains cas, où la reviviscence et l'évocation étant conservées, la reconnaissance est incertaine ou nulle. Parfois, nous nous souvenons vaguement d'une phrase, d'un vers, d'un paysage, sans savoir exactement à quelle époque, en quel lieu et dans quelles circonstances nous en avons acquis la notion. Ces souvenirs incomplets, sans reconnaissance précise, ont reçu le nom de *réminiscences.* Il peut arriver que la reconnaissance soit tellement abolie que l'image évoquée paraisse absolument nouvelle. Tel était le cas d'un malade dont parle M. Ribot, d'après Macaulay : « Si on lui lisait quelque chose dans la soirée, il se réveillait, le lendemain matin, l'esprit plein des pensées et des expressions entendues la veille, et il les écrivait, de la meilleure foi du monde, sans se douter qu'elles ne lui appartenaient pas. »

En résumé, l'oubli peut atteindre primitivement et isolément l'un ou l'autre des trois phénomènes dont la succession régulière constitue les actes mnésiques. Mais si ces trois phénomènes ne sont pas indissolublement associés, si leur subordination n'est pas constante, nécessaire, c'est qu'ils ont chacun des conditions de productions distinctes, ou, plus vraisemblablement, qu'ils se produisent dans des organes différents. Le mécanisme de la mémoire nous apparaît alors comme très analogue à celui qui préside à l'accomplissement de plusieurs fonctions physiologiques bien connues. Quand, par exemple, nous voulons déplacer un de nos membres, l'excitation initiale part des éléments moteurs du cerveau ; elle atteint un certain nombre de fibres musculaires dont elle met en jeu la contractilité, puis, le muscle en se contractant, donne naissance à des impressions centripètes qui reviennent aux éléments sensitifs du cerveau et donnent à la conscience la notion de l'exécution du mouvement voulu. L'ensemble du phénomène comprend ainsi trois stades : *incitation, exécution, contrôle,* qui correspondent aux trois stades élémentaires des actes de recollection mnésique : *évocation, reviviscence, reconnaissance.*

Si bien que nous sommes conduits par cette analyse, à considérer la mémoire comme une fonction complexe impliquant la mise en activité d'éléments multiples, physiologiquement hiérarchisés, et chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de l'un des phénomènes essentiels ou accessoires dont l'ensemble forme les actes mnésiques complets.

Si donc, dans le langage psychologique, on peut, avec Littré, continuer à définir la mémoire : La faculté de rappeler les idées et la notion des objets qui ont produit des sensations, on en peut aussi donner une définition plus rapprochée des faits physiologiques en disant par exemple : La mémoire est *la fonction complexe par laquelle s'opèrent la conservation et la recollection des images psycho-sensorielles.*

(1) On sait que les sujets hypnotisés ne se souviennent plus, quand ils sont revenus à l'etat de veille, de ce qui leur est advenu pendant qu'ils étaient plongés dans le sommeil hypnotique. Cet oubli complet est deja fort étrange ; mais ce qui l'est bien davantage encore, c'est que ces memes sujets, hypnotisés de nouveau, retrouvent, quand ils sont endormis, le souvenir de tout ce qu'ils avaient connu dans les états hypnotiques antérieurs ; de telle sorte que leur mémoire est plus étendue dans le sommeil provoqué que pendant l'état de veille, et qu'ils ont, a l'état normal, des provisions de souvenirs latents qu'il leur est absolument impossible d'evoquer.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Préhension à domicile et transport à l'asile-hôpital des aliénés dangereux.

A propos de l'évasion d'un aliéné nommé Ber... de l'asile de Villejuif, et de ses terribles conséquences, l'assassinat d'un inspecteur de police, nous avons soumis à la Commission de surveillance des asiles de la Seine, quelques réflexions qu'il nous a semblé intéressant de placer sous les yeux de nos lecteurs, car il en ressort, croyons-nous, un enseignement pratique.

Lorsqu'un malade aliéné, en ville, c'est-à-dire en liberté, est en proie à une violente excitation ou sous l'empire d'idées de persécution, d'hallucinations qui le rendent dangereux et qu'il faut procéder à son internement, il n'est pas rare qu'il y ait des accidents regrettables, des scènes pénibles. Parmi les faits qui ont le plus ému l'opinion publique, nous pouvons citer celui qui s'est produit en 1875, à Saint-Omer, où le sous-préfet, M. Ritt, et le Procureur de la République, M. Van Cassel, ont fait ou laissé tirer des coups de feu sur un aliéné qui ne leur obéissait pas (1). Actes blâmables, qui tiennent en grande partie à ce que les personnes chargées de l'opération n'ont aucune pratique des aliénés, perdent leur sang-froid, agissent brutalement à l'instar de l'aliéné, au lieu de savoir temporiser.

C'est pourquoi nous avons insisté tant de fois afin que tous les infirmiers et toutes les infirmières des écoles de Bicêtre et de la Salpêtrière passent plusieurs mois dans les différents quartiers des services d'aliénés pour acquérir la connaissance de ces malades, et savoir comment intervenir quand, dans les hopitaux ordinaires

(1) Voir les nos 44, 48 et 50 du *Progr. méd.* de 1875.

où il seront envoyés après l'obtention de leur diplôme, ils se trouveront en présence de malades délirants, et aussi pour que, à l'occasion, s'ils sont appelés en ville, ils soient en mesure d'agir avec l'habileté et la douceur nécessaires, d'éviter des scandales et des voies de fait, de ne pas blesser et ne pas être blessés.

Chaque fois que nous avons trouvé dans un journal le récit de faits analogues à ceux dont nous venons de parler, nous les avons donnés aux Ecoles, accompagnés de commentaires, soit en lecture soit en dictée. Dans nos discours aux distributions de prix, nous sommes également revenu souvent sur ce point. Quand il s'agit d'un malade riche, qui intervient? Qui va chercher le malade? Un médecin et des infirmiers. Il devrait en être de même pour les malades peu aisés ou pauvres. La police, aux aguets, à proximité, ne devrait intervenir que pour prêter main-forte, si cela est absolument indispensable.

A chacun son métier. S'il faut employer des moyens de contention, ils seront mieux appliqués, plus promptement et avec une moindre résistance, par des infirmiers que par des policiers.

Nous avons protesté dans le temps contre les voitures abominables qui transportaient les aliénés de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de Police à l'Asile clinique. La Commission de surveillance s'est associée à nos protestations. Nous avons eu, en partie, satisfaction. Pourquoi n'a-t-on pas recours à des voitures spéciales des ambulances urbaines pour transférer de leur domicile à l'asile, les malades aliénés de toutes catégories et en particulier les malades dangereux ? Pourquoi conduire ces malades, reconnus aliénés, à la Préfecture de Police et non pas *directement* au Bureau d'admission de l'Asile clinique ?

Avec nous, la Commission a réclamé les placements volontaires qui devraient être la règle et qui ne sont encore que l'exception, puisque, en 1896, il y a eu 3.453 placements d'office tandis que le nombre des placements volontaires dans la même année n'a été que de 918 !

Les aliénés sont des malades; c'est à l'*asile-hôpital* et non à la *prison* qu'on doit les conduire Il y aurait lieu, à notre avis, conformément aux idées que nous avons souvent émises, que nous avons essayé de vulgariser :

1° De rédiger des instructions spéciales relativement aux mesures à prendre envers les aliénés dangereux, dont il faut s'emparer en vue de leur internement.

2° De porter ces instructions à la connaissance de tous les infirmiers et de toutes les infirmières des hôpitaux, des hospices et des asiles, de les communiquer chaque année, sous forme de dictées, aux élèves des écoles municipales et départementales d'infirmiers et d'infirmières.

3° De choisir à l'Asile clinique un groupe spécial d'infirmiers et d'infirmières parmi les plus habiles et les plus intelligents, qui sur demande, iraient chercher les aliénés dans leur famille. Nous dirions même sous la direction d'un médecin de nos asiles ou d'un interne ayant déjà une habitude ancienne des aliénés.

4° De créer quelques voitures d'ambulances, construites dans des conditions particulières.

Ces idées que nous avons soumises à la Commission et à l'Administration départementales pourraient être examinées par une commission formée de tous les médecins des asiles de la Seine et quartiers d'hospice et par les médecins de l'infirmerie du Dépôt de la Préfecture de Police. Après discussion, cette commission rédigerait une sorte de guide à l'usage des infirmiers. On éviterait ainsi tous les accidents semblables à ceux que les journaux signalent, au moins le plus grand nombre. Il y a là une question d'humanité qui mérite d'être examinée. BOURNEVILLE.

La responsabilité des Médecins experts.

On se souvient de l'affaire du Dr Méloche, condamné par le tribunal civil d'Angers à 1.000 francs de dommages-intérêts en faveur d'une femme accusée d'avortement.

Le Dr Méloche, chargé comme expert de l'examen de l'inculpée, avait cru pouvoir affirmer la probabilité d'un avortement récent et trois jours après la femme en question, qui par ses réticences et ses explications contradictoires, avait déterminé notre confrère à poser avec réserve son diagnostic, accouchait d'un fœtus de cinq mois. Le tribunal civil, dans la condamnation du Dr Méloche, lui reprochait de ne pas avoir pratiqué l'examen chimique du sang, rentrant ainsi dans des considérations scientifiques où son incompétence le conduisait à des affirmations ridicules. L'acquittement en Cour d'appel s'imposait pour plusieurs raisons. D'abord, parce que le médecin incriminé avait agi avec toute la prudence nécessaire et n'avait conclu qu'à des probabilités sérieuses d'avortement; ensuite, cette condamnation, établissant la responsabilité des experts, rendait désormais impossible la tâche des médecins légistes. Le médecin expert est faillible; consulté par le magistrat, il doit donner son avis en toute sincérité et c'est au magistrat à s'éclairer par une nouvelle expertise, si le rapport de l'expert laisse un doute à sa conviction. L'expert qui, comme le Dr Méloche, donne, comme sérieusement probable, un crime ou un délit, ne saurait être responsable des conclusions que le juge d'instruction, irresponsable lui-même, tire de son affirmation dubitative. La Société d'hygiène et de médecine légale, le Syndicat des Médecins de la Loire-Inférieure qui ont donné leur appui au Dr Méloche en cette affaire ont été de cet avis. La Cour d'appel de Rennes a partagé cette opinion en revisant le jugement du tribunal civil de Saint-Nazaire : en acquittant le médecin expert, elle a fait œuvre de justice. J. Noir.

ECOLE DE MÉDECINE D'AMIENS. — Un congé du 1er [illegible] au 30 octobre 1898, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Manquat, professeur d'histologie. — M. Fage, docteur en médecine, chargé des fonctions de chef des travaux de physiologie est chargé, en outre, du 1er mai au 30 octobre 1898, d'un cours d'histologie. — M. Decamps, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans, à dater du 25 novembre 1898. — M. M[illegible], pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux de physique et de chimie.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Crespin (Marie-Louis-Joseph), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 mai 1898.

Apparition dans le sérum sanguin, sous l'influence de produits chimiques, d'une matière capable d'agglutiner le bacille de la tuberculose vraie.

M. Arloing a réussi à obtenir dans du bouillon des *cultures homogènes* de tuberculose, c'est-à-dire des cultures où le microbe trouble le bouillon au lieu de former un voile à sa surface. Il a reconnu que le sang de chèvre préalablement inoculée avec la tuberculine possédait des propriétés agglutinantes sur ce microbe en émulsion homogène. Il a obtenu des résultats analogues avec le sang de chèvres qui avaient reçu des injections répétées d'eucalyptol, de gaïacol, de créosote ou de liqueur de Miahle (sublimé corrosif). C'est bien en déterminant une réaction de l'organisme que ces quatre substances chimiques provoquent l'apparition dans le sang d'une matière agglutinante. Ces phénomènes intéressants corroborent les expériences de Phisalix qui, le premier, a montré que des substances chimiques telles que la cholestérine, la tyrosine, le glycocholate de soude, possèdent, contre le venin de vipère, des propriétés vaccinantes identiques à celles du venin lui-même modifié par la chaleur ou inoculé à petite dose.

Néarthrose cléido-humérale obtenue par la fixation à la clavicule de l'extrémité flottante de la diaphyse humérale.

M. Ollier a réussi à établir entre la clavicule et le bout supérieur de l'humérus privé de sa tête et de son articulation à l'omoplate (celle-ci était détruite) une nouvelle articulation qui se distingue par cette particularité d'une importance capitale au point de vue fonctionnel : *c'est la réinsertion des muscles sur des points favorables à leur action sur la nouvelle articulation.*

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 4 juin. — Présidence de M. Bouchard.

M. Retterer continue à étudier le *développement du pisiforme* chez les mammifères. Cet os qui malgré son petit volume, présente souvent plusieurs points d'ossification, paraît être le vestige d'un appareil squelettique autrefois important.

M. Egger a recherché la mesure de l'*amplitude respiratoire chez les hémiplégiques* et a trouvé que du côté paralysé cette amplitude était beaucoup plus grande que du côté sain.

M. Nicolas (de Lyon) adresse une note sur l'*agglutination du bacille de Lœffler* par le sérum antidiphtérique. Il n'a vu l'agglutination se produire que six fois sur douze échantillons de sérum employés. Il en conclut donc que c'est un phénomène inconstant et dont les causes déterminantes ne nous sont pas encore connues.

MM. Hausshalter et Guérin rapportent une *observation de nucléo-albuminurie* chez un enfant atteint de tuberculose pulmonaire. Cette albuminurie s'amenda, puis disparut en même temps que la tuberculose s'améliorait.

M. Bergonié expose un nouveau procédé de *mensuration de la surface du corps humain* qui consiste à recouvrir les surfaces de carrés de diachylum de dimensions connues. Il a trouvé ainsi une moyenne de 1.600 centimètres carrés pour un homme du poids de 67 kilos.

M. Maneulian adresse une note sur les *neurones olfactifs.*

Les abcès intra-pariétaux de l'appendice iléo-cæcal.

M. Pilliet. — Les maladies de l'appendice, bien étudiées aujourd'hui à cause de l'intervention rapide de la chirurgie qui permet d'examiner les pièces fraiches, se compliquent souvent de perforations. Celles-ci se présentent sous deux formes. Dans l'une, la plus rare et que nous ne ferons qu'indiquer, l'appendice est gangrené ou sphacélé, coupé en deux, le foyer d'infection auquel il donne naissance contient souvent des matières provenant de l'intestin.

Plus souvent on trouve un appendice perforé baignant dans le pus ; à la suite de la perforation s'est développé un abcès péri-appendiculaire qui peut être le point de départ d'un foyer plus étendu. Dans ces cas beaucoup de chirurgiens se bornent à drainer la cavité purulente ouverte sans chercher à enlever l'appendice ; d'où il résulte que nous ne pouvons dans les laboratoires nous rendre compte de la marche des accidents.

J'ai eu l'occasion d'observer trois cas d'appendicite aiguë perforante opérés par M. le Dr Henri Delagenière (du Mans), qui permettaient d'étudier un des modes de la perforation ; et ce mode nous paraît devoir être assez fréquent. Ces trois cas sont d'ailleurs fort semblables entre eux.

1° Sur un appendice enlevé pour perforation au mois de mai dernier les coupes pratiquées au-dessus de la perforation montrent dans le chorion, au-dessous de la muqueuse, une cavité en croissant qui continue en partie la muqueuse de l'appendice, et s'arrête à l'une de ses cornes à l'insertion du hile. Les glandes de Lieberkühn de la muqueuse sont en place et intactes. Les follicules clos, au contraire, sont très altérés, la plupart sont vidés et aplatis ; le réseau lymphatique sous-jacent est bourré de cellules migratrices.

C'est dans l'épaisseur de ce chorion que s'étend la cavité dont les parois sont tapissées de bourgeons charnus très vasculaires comme celles de n'importe quel abcès chaud ordinaire. Cette cavité pyogène est même assez développée. Elle repousse au dehors la couche musculaire interne qu'elle détruit, puis la suivante et arrive au contact du péritoine. Ainsi se prépare la perforation.

2° Sur un autre appendice enlevé au neuvième jour de la maladie, l'abcès en croissant existe avec les mêmes caractères, toujours développé dans le chorion, mais beaucoup plus près de la couche des follicules clos, dont la zone inflammatoire externe se confond avec la paroi pyogène de l'abcès. De plus les plans musculaires sont extrêmement épaissis par l'existence d'un grand nombre d'amas de cellules migratrices formant de véritables abcès miliaires à tous les confluents lymphatiques des couches musculaires et péritonéales. Les follicules dans ce cas sont très altérés, les glandes de Lieberkühn bien conservées.

3° Enfin sur un appendice perforé enlevé au huitième jour nous voyons au niveau de la perforation la paroi externe de l'abcès composée des deux plans musculaires et du péritoine s'écarter du tube muqueux, comme le vert d'une amande s'écarte du fruit à la maturité. Ainsi sont formées deux valves qui tiennent encore à l'appendice au niveau de son hile vasculaire.

Les coupes prises plus bas nous montrent ces valves réduites à l'état de moignon et le tube muqueux entouré de son chorion complètement disséqué.

Dans ce cas les follicules clos étaient également très altérés et quelques-uns étaient abcédés ; les glandes de Lieberkühn étaient, comme dans les deux cas précédents, bien conservées.

Conclusions. — Dans l'appendicite folliculaire perforante, la perforation ne paraît pas se faire toujours d'emblée à travers toutes les tuniques. Elle peut procéder plus insidieusement et débuter par un abcès sous-chorial. Celui-ci paraît dû à un follicule profond suppuré ou, ce qui nous paraît le plus vrai d'après nos coupes, à la formation d'un petit abcès miliaire lymphatique. C'est un abcès par propagation, car la muqueuse superficielle est souvent intacte ou du moins il ne nous a pas été possible de voir la perforation. La perforation externe, au contraire, est grande et visible et c'est elle qui donne lieu aux abcès péri-appendiculaires. On comprend qu'il soit difficile dans un foyer de suppuration de rétablir la filiation de ces faits ; pour-

tant ils expliquent suffisamment une série de faits cliniques tels que les rémissions avant la perforation, l'absence de matières dans le pus, sur lesquelles les notions manquent. Il est évident que si la portion muqueuse de l'appendice disséquée par le pus reste dans foyer elle peut être détruite à son tour, et alors le foyer ne contient plus que du pus, mais c'est là une évolution éloignée dont nous nous sommes déjà occupé devant la Société en parlant des appendicites gangrenées. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 juin. — PRÉSIDENCE DE M. JACCOUD.

Carpus culvus.

M. DELBET présente une incurvation singulière du poignet. Celle-ci est attribuée par M. Lannelongue à une luxation spontanée, par M. Duplay à la déformation du radius. Le seul traitement est l'ostéotomie.

Prophylaxie de la tuberculose.

M. LANDOUZY insiste sur le danger des agglomérations dans des endroits fermés (maisons meublées, magasins, bureaux de poste, casernes) Il demande qu'une très large publicité soit donnée au rapport de l'Académie et que la question des crachoirs soit l'objet d'une attention spéciale.

Elections.

MM. MARVAND (de Toulouse) et DU CAZAL (de Nice) sont élus correspondants nationaux par 45 voix et 39 voix sur 72 votants.

Voici l'ordre de classement pour l'élection de deux correspondants étrangers : 1re ligne, M. Barella (de Bruxelles); 2e ligne, M. Petieri (de Galatz); 3e ligne, M. Patrickmanson (de Londres); 4e ligne, M. Beausoleil (de Montréal). A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 juin 1898. — PRÉSIDENCE DE M. SEVESTRE.

Gangrène pulmonaire.

M. BARBIER lit un mémoire sur un cas de gangrène pulmonaire survenue chez un vieillard de 76 ans en état d'inanition. Il n'y eut pas de signes fonctionnels, pas de fièvre, de toux, ni de crachats. Le seul indice fut l'abattement, la somnolence et l'engourdissement. Ce cas se rapproche de la gangrène du poumon chez les aliénés. M. Barbier fait jouer à l'inanition un rôle étiologique important. Les recherches bactériologiques ne donnèrent pas de résultats concluants, les ensemencements n'ayant pu s'effectuer avec toutes les précautions désirables.

Parotidite double survenue à la suite d'une application cutanée de teinture d'iode.

MM. L. RÉNON et R. FOLLET viennent d'observer un malade atteint d'une parotidite double qui nous paraît relever de l'action toxique de l'iode sur les glandes salivaires. Cet homme, âgé de 51 ans, s'était appliqué une couche de teinture d'iode sur la poitrine pour traiter une toux légère qu'il présentait depuis 15 jours. Le lendemain cette région devint rouge, douloureuse et œdématiée et le surlendemain la parotide gauche s'hypertrophiait. Quand nous vîmes le malade, elle était dure, rouge et douloureuse à la pression. La parotide droite se prenait à son tour, trois jours plus tard. Cette fluxion parotidienne, survenue au cours d'un accident d'iodisme cutané aigu, est-elle sous la dépendance d'un effet toxique de l'iode ou sous celle d'une maladie spécifique, les oreillons? Après une revue de tous les signes cliniques présentés par ce malade et qu'on peut, pour la plupart, rencontrer dans les deux affections, l'existence de la plaque cutanée irritée par l'iode nous fait accepter l'hypothèse d'une parotidite iodique, bien que nous ayons cherché sans résultat l'iode dans la salive et dans l'urine; mais cet examen a été fait assez tardivement. L'état de la muqueuse buccale du malade, chiqueur de longue date, ayant des dents en très mauvais état et atteint d'angines fréquentes, a joué un rôle singulièrement prédisposant. Si les cas de parotidite iodique causée par l'iodure de potassium ne sont pas rares (cas de Comby, de Vollar, de Balzer, de Régnier, de Renault et Salmon, etc.), il n'en est pas de même de ceux dus à l'iode, car nous n'avons relevé qu'un cas de Guelliot où l'injection de teinture d'iode dans une hydrocèle a été suivie d'un gonflement parotidien de peu de durée.

M. LEGENDRE a observé des douleurs parotidiennes en donnant de fortes doses de teinture d'iode dans le traitement du rhumatisme chronique. Il n'y a jamais observé de tuméfaction des glandes.

M. JEANSELME cite une nouvelle observation où l'aspect d'apparence moniliforme d'un nerf était dû à un léger engorgement ganglionnaire. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er juin 1898. — PRÉSIDENCE DE M. BERGER.

Néphrectomie dans les hématuries d'origine rénale liées à la néphrite chronique.

M. POUSSON montre combien il est souvent difficile de reconnaître la cause de certaines hémorragies rénales. Plusieurs opérations pratiquées par divers auteurs pour remédier à ces accidents ont permis de voir qu'il s'agissait souvent de lésions d'apparence très minime. C'est le cas d'une malade opérée par M. Pousson chez qui la cause de l'hématurie était impossible à reconnaître. Elle avait des hématuries abondantes, provenant d'un seul rein, comme permit de s'en assurer la cystoscopie. Rien ne permettait de mettre en cause la tuberculose ou la lithiase. Pour remédier à l'anémie causée par ces hématuries, M. Poussin intervint. Bien que le rein parût sain et normal, il se décida à l'enlever. La guérison fut rapide et complète. L'examen du rein révéla une néphrite scléreuse avec hémorragies glomérulaires distendant les capsules de Bowman.

M. POIRIER rappelle qu'il a rapporté récemment un cas analogue. Il enleva un petit rein scléreux qui causait des hématuries abondantes. Le malade guérit, mais il était déjà urémique en puissance et il succomba plus tard à une crise d'urémie. L'ablation du rein n'a pas été étrangère à la production de ces accidents.

M. PICQUÉ a observé des hématuries abondantes chez une femme âgée dont le rein était déplacé et gros. Une intervention fut décidée et on trouva un kyste séreux du rein pour toutes lésions. Le rein ne fut pas enlevé. La malade guérit mais succomba plus tard à la suite de nouvelles hématuries. Il faut être très réservé en présence d'hématuries sans substratum rénal. — M. MONOD proscrit l'opération en l'absence d'une cause rénale bien nette.

M. POUSSON répond qu'il est loin d'ériger l'intervention en principe en pareil cas, mais qu'il convient au contraire de faire de grandes réserves. L'ignorance de l'état du rein opposé constitue un gros aléa.

Suite de la discussion sur l'hystérectomie vaginale pour fibromes.

M. POTHERAT considère avec son maître M. Segond que c'est l'opération de choix et il en a retiré de très bons résultats. Sur 43 cas personnels, il n'a eu à regretter que 3 décès, l'un par hémorragie, l'autre par infection péritonéo-intestinale: le troisième n'est pas attribuable à l'opération mais à l'inexpérience d'une infirmière qui administra mal à propos une injection vaginale. M. Potherat admet comme contre-indications la non-dilatation du vagin, bien qu'il n'ait jamais eu l'occasion de la rencontrer, et le grand volume de la tumeur ; il a néanmoins enlevé par le vagin des fibromes dépassant l'ombilic. Il observe la même technique opératoire que M. Segond, technique qui a pour but la réduction progressive de la tumeur par morcellement jusqu'à ce que l'utérus puisse basculer. Il enlève les mèches et les pinces au deuxième jour. Dans deux cas, des mèches oubliées dans le vagin ont pu y séjourner plusieurs semaines sans dommages pour la femme.

M. ROUTIER pense qu'en présence d un fibrome il faut envisager deux points : l'indication opératoire d'abord, le choix de la méthode en second lieu. Il apprécie beaucoup les avantages de la voie vaginale, qui assure une guérison complète, tandis

que les cicatrices, nécessitant le port d'une ceinture et capables de donner lieu à une éventration, sont le gros inconvénient de la voie abdominale. Il a pratiqué 38 hystérectomies vaginales; sur ce nombre il y a eu 6 décès, soit une mortalité de 15 0/0. Il recourt plus volontiers au procédé de M. Quénu, mais reconnaît qu'il n'y a pas de procédé unique et admet les préférences individuelles du chirurgien pour tel et tel procédé. En présence de ces cas difficiles, il pratique de préférence l'hystérectomie abdominale, qui lui a donné de meilleurs résultats que l'hystérectomie vaginale, puisque sur 42 cas, il a 6 morts et qu'il s'agissait de tumeurs plus difficiles à opérer que celles qu'il opère par le vagin. Ce qui est grave dans l'hystérectomie vaginale ce n'est pas l'opération elle-même, mais les complications qui peuvent se produire du fait de l'opération (hémorragie par une pince venant à lâcher, etc.). Aussi M. Routier attaque-t-il l'utérus par l'abdomen, quand il prévoit quelques complications.

Traitement du ptosis par le procédé de M. Motais : greffe tarsienne du tendon du droit supérieur.

M. DELENS lit un rapport sur cette opération nouvelle bien supérieure dans ses résultats aux procédés proposés antérieurement. M. Motais a fait œuvre de novateur en ayant l'idée de recourir au droit supérieur pour suppléer à l'impuissance du releveur de la paupière. Il résèque une partie du tendon du droit supérieur ; ses insertions latérales sont respectées pour ne pas nuire aux mouvements du globe de l'œil. La languette tendineuse isolée traverse le cartilage tarse et y est suturée. Le résultat a été parfait chez trois sujets atteints de ptosis congénital. - M. REYNIER objecte qu'en cas de ptosis, le droit supérieur est souvent paralysé lui-même. — M. BRUN montre que ce procédé ne s'adresse qu'au ptosis congénital seul et non pas au ptosis paralytique. — M. REYNIER répond qu'il a vu deux cas de ptosis congénital, ou le droit supérieur était aussi paralysé.

Variété d'occlusion intestinale par torsion de la totalité de l'intestin grêle.

M. DELBET s'est trouvé en présence de deux cas d'occlusion, causés par une torsion de l'intestin grêle autour du mésentère. Le premier cas où il observa cette disposition, l'embarrassa fort. Il s'agissait d'une femme présentant depuis neuf jours des signes d'occlusion. Il pratique la laparotomie et trouve l'S iliaque vide; il en est de même du cæcum et des dernières anses de l'iléon. La présence d'une bride péritonéale passant au-devant d'une anse vide et surmontée d'une anse distendue lui fait croire à une hernie rétro-péritonéale, qu'il cherche à réduire. Mais il doit se contenter d'une entéro-anastomose. La femme meurt. On reconnaît à l'autopsie que l'anastomose unit les deux extrémités de l'iléon, l'anse jéjunale et l'anse cæcale. Le mésentère était tordu en entier de plus d'un tour dans le sens des aiguilles d'une montre. Dans le second cas, il s'agit d'un vieillard pris soudain d'une violente douleur dans le ventre; le ventre se ballonne, il a des vomissements bilieux, non fécaloïdes. Au-dessus du pubis, on perçoit une matité hydrique. Laparotomie : liquide dans le péritoine · l'S iliaque vide, le cæcum aussi. L'anse cæcale de l'iléon aplatie derrière un repli péritonéal, est impossible à saisir. Le mésentère est tordu. M. Delbet sort tout l'intestin au dehors et pratique sa détorsion en lui faisant exécuter un grand mouvement de rotation pour le remettre dans sa position normale. Les suites immédiates furent bonnes; le cours des matières se rétablit. Mais le malade mourut de broncho-pneumonie au huitième jour. Il s'agit donc dans un cas d'un enroulement de l'iléon autour du mésentère lui-même tordu. Cela ne peut se produire qu'avec un mésentère souple et long. La torsion se fait dans le sens dextrogyre. Les deux anses extrêmes de l'iléon passent sous le bord supérieur du mésentère en sens inverse l'une de l'autre. Le péritoine pariétal forme deux brides, l'une inférieure, l'autre supérieure, qui enserrent l'intestin. Ce double étranglement explique la rapidité de la distension et l'absence de vomissements fécaloïdes. La gêne circulatoire se traduit par un épanchement intra-péritonéal. Le diagnostic de cette variété d'occlusion se fait quand le ventre est ouvert. On voit la dernière anse de l'iléon s'engager sous une bride. On distingue cet étranglement de celui d'une hernie à ce qu'il n'y a pas de collet. On trouve deux brides, l'une supérieure remontant vers le rein droit, l'autre inférieure descendant vers les vaisseaux iliaques.

Présentations de malades.

M. TUFFIER présente un malade, atteint d'*ulcère calleux du pylore*, qui présentait des hématémèses abondantes. Il a subi la résection du pylore et est aujourd'hui guéri.

M. POIRIER montre un malade qu'il a *trépané* il y a un an pour *abcès sous-dure-mérien*. La perte de substance avait l'étendue de deux pièces de 5 francs. Cette brèche est aujourd'hui comblée par de l'os. Il est rare de voir une réparation aussi rapide.

M. MORESTIN présente une malade, chez qui il a pratiqué l'*ablation des deux tiers internes de la clavicule* pour col vicieux. Le résultat est excellent. M. MANOURY (de Chartres) montre une série de *radiographies*. M. POUSSON présente un gros *calcul* qu'il a retiré de la vésicule biliaire. Guérison. M. ROCHARD présente une *épingle à cheveux* qu'il a retirée de la vessie d'une femme.

M. REYNIER montre un gros *calcul* de 650 grammes qu'il a retiré du rein. Le malade, homme de 62 ans, ne présentait aucun signe de lithiase. Pour tous commémoratifs, il avait eu une hématurie il y a 1 mois. P. RELLAY.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS.

Séance du 8 juin 1898.

M. Louis DUBRISAY communique l'observation d'une femme qui au cours de sa grossesse présentait des signes de *vaginite granuleuse*. La rupture des membranes eut lieu prématurément quelques jours avant le travail. L'accouchement se fit spontanément. Le premier jour de sa naissance, l'enfant présentait de la conjonctivite purulente qui détermina bientôt de l'opacité du col de la cornée. Galactophorite du sein gauche chez la mère, guérie par expression faite sur le sein. Mort de l'enfant par infection après guérison de l'ophtalmie.

M. BERNARD présente en son nom et au nom de M. Gallicecol un *bassin ostéomalacique* d'une femme décédée au mois de mai dernier. Ce bassin présente les déformations classiques de l'ostéomalacie. Le détroit est en forme d'un cœur de carte à jouer. Rétrécissement de tous les diamètres du bassin ; rapprochement des deux faces internes des branches horizontales du pubis imitant la forme du bec du canard ; grande facilité des os à se laisser ployer et à se laisser scier. Le début des douleurs au niveau du système osseux remontait à six ans.

Bassin oblique ovalaire acquis (radiographie).

M. BONNAIRE. — Il s'agit d'une femme ayant eu, à l'âge de 8 ans, une sacro-coxalgie ayant entraîné dans la suite une déformation du bassin ressemblant à celle du bassin oblique ovalaire de Nægelé. La femme avait eu trois grossesses antérieures, les accouchements furent spontanés et à terme dans les deux premiers. Dans le dernier, l'accouchement fut terminé à l'aide d'une application de forceps et il fut extrait un enfant pesant 3.350 grammes. Actuellement la malade accoucha de deux jumeaux spontanément. Le plus gros pesait 2.270 gr.

A l'examen du bassin, on constate la présence au niveau de la région sacro-iliaque droite de cicatrices très profondes. Intégrité absolue de l'articulation coxo-fémorale du même côté. La fesse droite présente une atrophie marquée. La fossette qui sépare les épines iliaques postéro-supérieures de la ligne des apophyses épineuses a disparu du côté droit par suite de la destruction de l'aileron du sacrum de ce côté. Il existe une légère section d'attitude du côté droit du bassin. Par le toucher on retrouve tous les caractères du bassin de Nægelé; lignes innominées rectilignes du côté droit. Le sacrum ayant subi une sorte de torsion sur son axe, sa face antérieure regarde en avant et à droite. La distance du sacro-pubis aux pièces sciatiques variait suivant le côté. Elle est de 9,7, du côté droit, tandis qu'elle ne mesure que 8,7 du côté gauche, c'est-à-dire du côté sain.

M. BONNAIRE insiste sur l'intérêt que présentent les mensu-

rations du détroit moyen. Sur la planche radiographique on peut faire le diagnostic de la déformation par l'absence de l'aileron du sacrum du côté droit, par l'élévation plus grande de l'épine sciatique du côté droit.

Femme atteinte d'éclampsie avec ictère; mort de l'enfant avec péritonite et hépatite infectieuses.

M. Bar. — Une femme avait eu des accès d'éclampsie avant son entrée à l'hôpital; on compta neuf accès pendant les trois jours qui suivirent son accouchement. Quarante-huit après sa délivrance elle eut de l'ictère qui s'aggrava pendant quelques jours, puis s'atténua et disparut. La malade guérit complètement. L'enfant, né vivant, pesait 1.290 grammes. Dès sa naissance on fut frappé du volume de l'abdomen. La respiration s'établit mal et il y eut plusieurs crises de cyanose. La mort survint 50 heures après la naissance. A l'autopsie, on trouva dans le péritoine une assez grande quantité de sérosité citrine. Les anses intestinales étaient collées les unes contre les autres par un peu de fibrine. Le foie, peu volumineux, était congestionné. A la coupe, il présentait une série d'îlots de coloration feuille morte. Les reins ne semblaient pas malades. Les poumons étaient farcis de foyers atélectasiés. Il y avait une hémorragie méningée diffuse. Le liquide péritonéal était en quelque sorte une culture pure de coli-bacilles.

Il n'y avait pas de néphrite. Le foie présentait une ectasie colossale des vaisseaux intra-lobulaires et le tissu hépatique avait l'aspect d'un angiome. Dans les vaisseaux on trouvait de nombreux amas de coli-bacilles (colorés par le bleu de Kuhne, non visibles avec le Gram). En de nombreux points, les globules blancs étaient envahis par les micro-organismes. L'enfant avait vécu 50 heures. On ne peut *affirmer* que l'infection s'est produite avant la naissance. Mais si on veut tenir compte de ce fait qu'au moment où l'enfant est né, on a constaté le volume de l'abdomen, que les accidents de cyanose se sont produits dès les premières heures, qu'à ce moment l'état sanitaire des nouveau-nés était excellent dans le service, cette opinion est celle qui semble la plus vraisemblable.

Discussion sur la dystocie par l'anneau de Bandl.

M. Budin. — La communication de M. Chavane appelle l'attention sur les difficultés que l'anneau de Bandl peut apporter à l'accouchement. Les faits de ce genre sont malheureusement trop nombreux et cette cause de dystocie peut être rencontrée dans des circonstances très diverses. M. Budin cite une conservation qui date du mois d'octobre 1891. L'accouchement spontané ne se faisait pas chez une femme qui se trouvait à la Charité; on constata que la tête se trouvait arrêtée au-dessus de l'anneau de contraction : le forceps appliqué plusieurs fois glissa, on dut recourir à la basiotripsie. D'autres fois la tête ne descend pas, mais l'anneau de Bandl est contracturé au-dessus d'elle et il empêche la descente des épaules et du tronc. M. Budin présente à la Société le moulage, dû à Barbour d'Edimbourg, d'une femme qui mourut en arrivant à l'hôpital : on fit la congélation et une section de l'utérus de droite à gauche. On constate sur cette pièce la rétraction considérable de l'anneau de Bandl qui avait empêché le tronc de descendre. Sur le fœtus, on trouvait au niveau du thorax au-dessous des membres supérieurs un sillon profond dû à cette rétraction. Cette rétraction peut aussi mettre obstacle à l'accouchement dans les présentations de la face, du siège et de l'épaule. M. Budin en rapporte des exemplaires et reproduit un dessin caractéristique, trouvé dans un journal américain.

Dans un cas de grossesse gémellaire, l'un des fœtus étant placé au-dessous de l'anneau de Bandl, l'autre retenu au-dessus ne put être extrait qu'avec difficulté. La contraction anormale de l'anneau de Bandl peut même exister dans certains cas où les membranes sont encore intactes. Cette disposition peut apporter de grands obstacles à la version pelvienne par manœuvres internes; ces difficultés peuvent être rencontrées dans chacun des trois temps de la version : pendant le premier, c'est-à-dire pour l'introduction de la main: pendant le second, c'est-à-dire pour l'évolution; pendant le troisième, c'est-à-dire pour l'extraction, pour la sortie soit du tronc soit de la tête. M. Budin cite des exemples de chacune de ces variétés de dystocie, il insiste en particulier sur les difficultés rencontrées pendant le premier temps et il montre par quels procédés il a réussi quelquefois à les surmonter.

On rencontre encore quelquefois la contraction de l'anneau de Bandl, lorsqu'on provoque l'accouchement prématuré, surtout quand on fait usage de gros ballons dilatateurs; ces ballons distendent le segment inférieur et le canal cervical de l'utérus, mais assez souvent au-dessus d'eux l'anneau de Bandl ne se dilate pas et se contracture : de là de grandes difficultés pour l'extraction de l'enfant qui succombe.

M. Budin ne fait que signaler l'enchatonnement du placenta au moment de la délivrance, l'*hour-glass*; c'est une complication bien connue. On le voit, la contraction de l'anneau de Bandl peut être une cause fréquente de dystocie.

M. Demelin rappelle un certain nombre de faits qu'il a déjà publiés ailleurs : 1. Empreinte de l'anneau sur le placenta, chez une femme morte d'hémorragie par insertion vicieuse, avant d'accoucher. Autopsie. (Thèse de doctorat, 1888, obs. XLIII). — 2. Présentation de l'épaule, le fœtus restant tout entier au-dessus de l'anneau rétracté. (*Journal des Praticiens*, 1890, n° 40). — 3. Siège décompléte mode des fesses avec rétraction de l'anneau empêchant l'abaissement des pieds. (*Journal des Praticiens*, 29 avril 1891, planche). — 4. Fœtus venant par le sommet, retenu tout entier au-dessus de l'anneau rétracté après provocation de l'accouchement. (Société obstétricale de France, 1892, planche). — 5. Des applications de forceps lorsque l'anneau est rétracté sur le cou du fœtus. Expériences. (*Journal des Praticiens*, 22 août et 6 octobre 1894). — 6. Deux observations de rétraction utérine avant la rupture des membranes. (*L'Obstétrique*, 1898, n° 1, planche). — 7. Un cas de rétraction excessive avec dérapements répétés du forceps et même du basiotribe. Version forcée, après éviscération. (Société obstétricale de France, 1898).

Il présente à la Société d'Obstétrique de Paris trois nouvelles observations : 1. Rétraction de l'anneau au-dessus de la tête fœtale ; applications de forceps ; dérapement avec les prises bipariétale et oblique, succès avec la prise occipito-faciale. Confirmation clinique des expériences de 1891. — 2 et 3. Deux cas de rétraction de l'anneau au début de la dilatation du col ; lenteur extrême de cette dilatation malgré des douleurs excessives et fréquentes (sans rigidité de l'orifice utérin) attribuée à cette rétraction précoce.

Enfin, M. Demelin insiste sur la compression du cordon ombilical par l'anneau rétracté. Chéron.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Rédacteur spécial : Dr Koenig (de Paris).

I. — **Précis d'ophtalmologie** ; par le Dr Lagrange (de Bordeaux). — 229 figures dans le texte et 4 planches en chromolithographie hors texte. Octave Doin, éditeur, 1897.

I. — L'ouvrage que présente au public le Dr Lagrange a été écrit dans le but de mettre sous les yeux des étudiants, dans un ordre logique et dans un cadre simple, les données fondamentales de l'ophtalmologie.

Dans cet ouvrage l'auteur a fait choix des questions les plus importantes pour tous les médecins pour leur donner plus de développement. L'anatomie et la pathologie normales ont été sacrifiées afin d'insister davantage sur la pathologie oculaire, sur les moyens d'exploration. Ces derniers sont décrits successivement dans les différents chapitres et servent d'introduction à l'étude de chaque question. L'examen ophtalmoscopique a trouvé sa place dans le chapitre des vices de réfraction, l'examen du champ visuel dans l'histoire de l'hémiopie, l'exploration de la cornée dans celle des kératites, etc.

Ce système a donné à l'ouvrage une grande concision sans nuire à la clarté.

M. Lagrange a dépassé le but modeste qu'il s'était proposé. On trouve en effet dans son traité des chapitres très complets ou tout le monde pourra puiser des renseignements utiles, ce

sont en particulier ceux qui ont trait à l'anatomie et aux affections de l'appareil nerveux optique, aux principes généraux de chirurgie oculaire.

L'étudiant et le médecin y trouveront toutes les notions qui leur sont indispensables. De nombreuses figures très bien faites accompagnent le texte et permettent au lecteur de suivre et de comprendre les principaux temps de chaque opération. Dans le chapitre consacré à la chirurgie du cristallin, l'auteur décrit avec soin chaque procédé de l'opération de la cataracte, et les soins à donner à l'opéré. Pour la chirurgie des paupières M. Lagrange passe en revue les principales opérations qui sont employées, et là encore de nombreuses figures suppléent aux détails de description que les limites de l'ouvrage ne permettaient pas de développer.

Le livre est terminé par un appendice où se trouvent relatées les instructions officielles émanant des Ministères de la Guerre et de la marine et se rattachant aux affections de l'appareil visuel. A tous ceux qui ont le souci de s'initier à l'ophtalmologie, nous ne saurions trop recommander de se munir de cet ouvrage qui mérite une place honorable parmi les classiques des bibliothèques.

II. — **Du pronostic de la papille étranglée**; par le Dr EPERON (de Lausanne). — Georg et Cie, éditeur, Genève, 1897.

II. — Le but de l'auteur dans cet article est d'attirer l'attention sur la curabilité de la papille étranglée dans certaines conditions et abstraction faite des résultats heureux obtenus par l'intervention chirurgicale. Les observations tendent à présenter ce pronostic sous un jour un peu moins sombre.

M. Eperon répartit en différentes catégories les cas de papille étranglée susceptibles de guérison. 1° *Cas de papille étranglée avec symptômes cérébraux mal définis*; 2° *cas de papille étranglée symptomatique de tumeurs syphilitiques du cerveau*. Les néoplasmes syphilitiques étant influencés par le traitement spécifique, rien d'étonnant à ce que des tumeurs cérébrales de cette nature puissent disparaître par un traitement mercuriel; 3° *cas de papille étranglée avec symptômes cérébraux*, d'origine probablement tuberculeuse, chez des sujets non syphilitiques. La guérison s'est effectuée sans traitement spécifique, et malgré les présomptions de tuberculose méningée ou cérébrale l'évolution a été favorable; 4° la stase papillaire est encore susceptible de guérison spontanée quand elle résulte d'un *épanchement hémorragique intra-cranien d'origine traumatique*; 5° dans cette catégorie, l'auteur range les cas de tumeur cérébrale à marche très lente, où la stase papillaire disparaît.

L'auteur passe ensuite en revue les différentes théories sur le mécanisme pathogénique de la stase papillaire. Il donne la préférence à celle qui explique la papillite par l'augmentation de pression dans la cavité cranienne, due à une gêne dans la circulation veineuse cérébrale, et consécutivement à une production exagérée de liquide cérébro-spinal.

Le traitement de la papille étranglée n'est pas à dédaigner. Des indications spéciales se rapportant aux différents groupes que l'auteur a établis, devront être fixées par le médecin.

Le travail de M. Eperon mérite d'être lu, car il contribuera à éclairer pour sa part la genèse si obscure des papillites et des papilles étranglées.

III. — **L'amblyopie transitoire. contribution à l'étude des troubles visuels dans les maladies nerveuses**; par le Dr ANTONELLI. — Edit. allemande trad. par le Dr Otto NIESER, 120 pages in-8 avec 4 planches et 19 figures in texte. — C. Marhold, edit., Halle, 1897.

III. — Lorsque l'auteur publia son premier travail sur l'amblyopie transitoire en 1892, dans les *Archives de Neurologie*, il n'avait pas pu lui donner tout le développement que comporte le sujet. L'édition allemande qui vient de paraître a été entièrement remaniée, et complétée par tout ce qui dans la littérature médicale de ces dernières années pouvait directement et indirectement se rapporter à l'étude des différentes formes et syndromes concomitants de l'amblyopie transitoire.

Ainsi le lecteur trouve dans la planche IX à la fin de la brochure, et dans quelques dessins intercalés dans le texte le moyen de refaire rapidement ses connaissances sur les centres et les voies de l'appareil nerveux visuel. Ces connaissances sont aussi indispensables pour les localisations des hémianopsies ou troubles visuels analogues de cause organique que pour l'interprétation des différentes formes de l'amblyopie transitoire.

Pour ce qui concerne ce syndrome, l'auteur a jugé utile d'insister sur les détails anatomiques de la circulation artérielle dans la partie postérieure du cerveau et dans la duremère. Pour le reste, il se contente d'énoncer les faits et les rapports anatomiques essentiels, en renvoyant toujours à l'explication détaillée des figures.

Quant aux observations, l'auteur a emprunté à ses notes personnelles et aux publications les plus récentes, les documents cliniques les plus complets et les plus démonstratifs; et l'ensemble du travail n'en ressort pas moins original, surtout pour l'analyse des différentes formes cliniques de l'amblyopie transitoire et pour l'étude physio-pathologique de l'affection.

IV. — **Recherches expérimentales et cliniques sur les nerfs sécréteurs des larmes**: par le Dr CAMPOS. — These de Paris, 1897.

IV. — La glande lacrymale étant innervée par le nerf lacrymal, branche de l'ophtalmique de Willis, il était naturel d'attribuer au trijumeau, d'où ce nerf émane, ou au sympathique qui affecte de si nombreux rapports avec lui, la secrétion lacrymale. C'étaient là, en effet, les opinions admises jusqu'en 1893, époque à laquelle Goldzicher avança, au Congrès d'Heidelberg, que le vrai nerf sécréteur des larmes était le nerf facial.

Mais comment le nerf facial peut-il entrer en rapport avec le nerf lacrymal? Jendrassik émit alors cette opinion que le filet orbitaire du nerf maxillaire supérieur n'émane qu'apparemment de la seconde branche du trijumeau, mais que son origine réelle est tout autre. Ce filet nerveux serait en réalité une branche du facial qui, se détachant de ce nerf au niveau du ganglion géniculé, suivrait le grand nerf pétreux superficiel, le nerf vidien qui lui fait suite, traverserait le ganglion sphénopalatin et aboutirait au lacrymal en prenant justement le nom de rameau orbitaire.

Cette hypothèse a suscité un certain nombre de recherches contradictoires de la part de Tépliachine, Tribondeau, Laffay, et d'expériences pratiquées sur le chien et sur le lapin. M. Campos a montré que ces expériences n'avaient aucune valeur, car le filet orbitaire du maxillaire supérieur, qui s'anastomose, chez l'homme, avec le nerf lacrymal, ne présente, chez les animaux domestiques, aucun rapport avec ce nerf. Il a donc fait ses expériences sur le singe dont les dispositions anatomiques ne diffèrent pas de celles de l'homme. Il a montré tout d'abord que le filet orbitaire possède des fibres sécrétoires, en excitant son bout périphérique.

Dans le but d'étudier le rôle du facial, Tribondeau a imaginé un procédé perfectionné par Laffay, qui consiste à détruire le facial au niveau de son entrée dans le canal spiroïde. M. Campos a montré que cette expérience pratiquée sur le chien n'a aucune valeur. Il a imaginé un procédé nouveau et est parvenu à sectionner, chez le singe, le grand nerf pétreux superficiel à sa naissance au niveau du ganglion géniculé : après la guérison de l'animal, qui fut très rapide, il put provoquer, du côté opéré, une sécrétion lacrymale abondante, contrairement au résultat de Tribondeau et Laffay, ce qui prouve que la sécrétion peut s'effectuer en dehors de toute action du facial.

Les expériences entreprises sur le sympathique pouvaient encore prêter à discussion : en effet, il existe chez les animaux domestiques, au niveau de la troisième paupière, une glande dont Giacomini a trouvé des vestiges chez le nègre, la glande de Harder qui sécrète une humeur épaisse et blanchâtre. Demtschenko avait obtenu, en effet, par l'excitation de ce nerf, un liquide lactescent qui, probablement, avait cette origine. Les expériences de M. Campos sur le singe, qui est dépourvu de cette glande, ont été négatives.

En passant du laboratoire à la clinique, l'auteur passe en revue tous les cas connus de résection du ganglion de Gasser chez l'homme. Sur 94 cas, deux auteurs seuls auraient constaté une diminution de la sécrétion lacrymale du coté opéré, mais encore est-il que Kraüse admet que cette suppression n'était pas due probablement à la lésion du trijumeau, mais à la compression du grand nerf pétreux superficiel par la cicatrice. L'auteur fait remarquer, cependant, que, d'après Fuchs, dans la

kératite neuro-paralytique, qui est due à une paralysie du trijumeau, on observerait de la sécheresse du côté de l'œil malade.

Ayant eu l'occasion de voir deux malades, qui avaient subi la résection du sympathique cervical pour un goitre exophtalmique, il a pu constater que, chez ces deux personnes, la fonction lacrymale ne présentait aucun trouble.

Nous avons dit de plus que dans certains cas de paralysie faciale signalés par Goldzicher, on observait un tarissement des larmes : cependant il existe des cas où l'on constate au contraire de l'épiphora, conformément à l'opinion classique. Comment interpréter ces faits en apparence discordants ? c'est bien simple, et l'explication en a été donnée par Jendrassik : lorsque la paralysie faciale est périphérique et siège au-dessous du trou stylo-mastoïdien, le nerf grand pétreux superficiel qui prend naissance au-dessus de lui n'est pas atteint et on observe du larmoiement par suite de l'éversion et de l'affaissement du point lacrymal, consécutifs à la paralysie du muscle de Horner ; lorsque, au contraire, la lésion est intra-pétreuse et que le nerf grand pétreux superficiel est intéressé, la sécrétion lacrymale se trouverait tarie. En clinique, ainsi que l'a démontré Longet, on peut savoir si ce nerf est atteint par ce fait que, dans ce cas, on observe une paralysie de la luette et du voile du palais. L'auteur, après avoir cité les cas connus dans la science, en relate un qui lui est personnel et qui est le premier cas publié en France.

Ces considérations ont conduit M. Campos aux conclusions suivantes :

I. Le nerf lacrymal possède des fibres sécrétoires très nombreuses indépendantes du nerf facial.

II. L'expérimentation montre que le rameau orbitaire du maxillaire supérieur contient, lui aussi, des fibres sécrétoires : la clinique démontre à son tour que ces dernières fibres proviennent du facial.

III. Nous n'avons pu obtenir aucune sécrétion lacrymale par l'excitation du bout supérieur du grand sympathique et, d'autre part, sa section sur l'homme est restée sans aucune influence aussi bien sur l'humidité normale que sur le larmoiement.

IV. Dans les cas de paralysie faciale complète intéressant par conséquent le grand nerf pétreux superficiel, on ne peut plus obtenir de larmes ni par la voie réflexe, ni sous l'influence d'une émotion (Goldzicher, Jendrassik) ; la lésion du grand nerf pétreux superficiel se traduit par une paralysie de la luette et du voile du palais (Longet).

Cette thèse est consciencieusement faite, et il faut féliciter M. Campos d'avoir pu établir des conclusions précises grâce à une critique raisonnée des théories et aux expériences bien conduites qui lui ont fourni ces résultats.

REVUE DE BACTÉRIOLOGIE

I. — Contribution à l'étude de l'infection par le pneumocoque; par Benedetto Costantini. — *Il Pratico*, 1898, n° 8.

I. — A l'autopsie d'un enfant de 24 jours, mort rapidement avec tous les symptômes d'une septicémie mal définie, l'auteur constata la présence presque exclusive du pneumocoque de Talamon-Frænkel dans tous les viscères, dans l'épaisseur des tuniques intestinales, et dans les matières fécales. Les poumons étaient simplement congestionnés, sans zone d'hépatisation, la cicatrice ombilicale normale. Aussi est-il probable que le point de départ de l'infection avait été les voies digestives. En effet l'enfant, n'ayant pris depuis sa naissance que des aliments indigestes, pour la plupart mâchés au préalable par la mère, avait eu dès les premiers jours une gastro-entérite intense. Nul doute que le pneumocoque de la salive, tant de l'enfant que de la mère, n'ait trouvé dans le tube digestif, ainsi enflammé, un milieu favorable à son développement.

II. — Recherches sur la sérothérapie de la tuberculose; par J. Ferran. — Barcelone, 1897.

II. — Les résultats obtenus par Ferran ne sont guère plus encourageants que ceux que vient de publier Behring au Congrès de Madrid. Ferran, après avoir injecté des crachats de tuberculeux, des cultures ou du pus de ganglions caséeux, préalablement stérilisés par la chaleur, à des ânes et des mulets, obtint au bout de 5 à 6 mois un sérum doué des propriétés suivantes : injecté quotidiennement, à la dose de 1 cc. à des cobaye sains, il produisit une cachexie rapide ; les cobayes déjà tuberculeux succombèrent avant les témoins. Par contre, si la dose de sérum injectée ne dépasse pas un centigramme en une fois, les résultats sont plus favorables ; et les animaux tuberculeux traités offrent une survie évidente sur les témoins. De plus, le sérum antituberculeux présente des propriétés agglutinantes, analogues à celles que viennent de signaler Arloing et Dubord chez l'homme. Enfin, injecté à très petites doses, à des individus atteints de lèpre, il produit une amélioration notable.

Pour expliquer cette différence d'action des doses, Ferran suppose que le sérum employé contient encore de la tuberculine ; en outre, l'antitoxine tuberculeuse ne doit se former que lentement, et passe par une foule d'états intermédiaires. Sécrétée par les leucocytes, elle présente tout d'abord un certain degré de toxicité, dont elle ne se dépouille qu'avec le temps. Et il est probable que le sérum obtenu comme il vient d'être dit, ne contient pas encore l'antitoxine arrivée à son dernier stade de perfectionnement. En somme, l'emploi du sérum antituberculeux de Ferran n'est pas exempt de dangers ; l'auteur ne le conseille qu'à très petites doses, et seulement dans les tuberculoses commençantes et nettement circonscrites.

III. — Atlas de Microbiologie; par M. Macé.

III. — L'Atlas de microbiologie de M. Macé est appelé à rendre les plus grands services aux bactériologistes. On y trouvera la représentation exacte des caractères de cultures sur les milieux habituellement employés, des formes que présentent les principaux microbes, ce qui facilitera d'autant les recherches de laboratoire pour les déterminations spécifiques des bactéries pathogènes.

IV. — Le traitement spécifique du paludisme; par F. Laparret. — Paris, 1897.

IV. — Il est de règle en thérapeutique d'administrer la quinine 8 à 10 heures avant l'accès présumé de fièvre paludique. Cette manière d'opérer prévient l'accès, mais ne guérit pas de l'infection, c'est-à-dire ne détruit pas le parasite. En effet, quelques heures avant le début des accidents fébriles, l'hématozoaire, inclus dans les globules sanguins sous forme de corps en croissant, est à l'abri de l'action toxique de la quinine ; au moment de l'accès, le parasite se répand librement dans la circulation sous forme de corps flagellés ou de corps amiboïdes, très sensibles à l'action des sels de quinine. Si alors le médicament est administré, toutes ces formes jeunes sont détruites au fur et à mesure de leur production, avant qu'elles ne pénètrent dans les hématies et dans la rate, où elles sont hors de toute atteinte. Par conséquent, d'après M. Laparret, « ce n'est pas pendant les périodes d'apyrexie, « ni surtout après l'accès, qu'il faut prescrire la quinine, mais « de préférence peu de temps avant le début des accès « fébriles. »

F. Ramond.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étiologie de la tuberculose dans ses rapports avec sa prophylaxie et sa thérapie; par Kr. F. Andvord. — *Norsk Magazin fur Lægevidenskaben udgivet af del medicinske selskab, I Kristiania*, p. 337-366.

L'auteur a voulu dans ce travail attirer l'attention sur plusieurs côtés encore peu connus des phénomènes tuberculeux.

Il insiste tout d'abord sur la régularité frappante avec laquelle les affections tuberculeuses, et spécialement la tuberculose pulmonaire, fait d'année en année, dans un district donné, un nombre presque toujours égal de victimes : assurément, la mortalité par tuberculose peut varier de degré d'une ville ou d'une région à l'autre, elle peut aussi par longues périodes monter ou descendre à une moyenne variable, mais cela a toujours lieu par courbes régulières et relativement douces.

A Christiania, par exemple, pendant les années 1865-189[illegible], il est régulièrement mort de phtisie pulmonaire 30 personnes par

10.000 vivants; certes la mortalité a baissé peu à peu pendant cette période de 38 à 25 0/000, mais jamais on ne l'a vue sortir de ces limites extrêmes pendant toute la période de 32 ans.

Les affections tuberculeuses font aussi d'une année à l'autre un nombre presque égal de victimes dans chaque classe d'âge prise isolément, pendant que leur courbe suit avec une régularité remarquable celle de l'ensemble de la mortalité, avec maximum primaire pour la première et la deuxième année, minimum primaire vers l'âge de 10 ans, et second maximum vers la fin de l'existence. Cette constance dans la statistique de la tuberculose est surtout frappante, si on la rapproche de celles des maladies épidémiques aiguës; mais elle l'emporte même comme régularité sur des affections comme le cancer, les maladies cardiaques ou les bronchites chroniques.

L'auteur est d'avis que cette régularité, qui semble avoir la rigueur d'une loi, doit se rattacher à des causes trop profondes pour être expliquées tout bonnement par une contagion plus ou moins accidentelle.

Il parle ensuite des différentes formes sous lesquelles la tuberculose se manifeste aux différents âges : il est d'avis qu'il doit y avoir une sorte de transition à l'âge de puberté. En effet, dans l'enfance, l'image de la maladie, tant au point de vue clinique que surtout au point de vue pathologico-anatomique, est en connexité étroite avec le système lymphatique et glandulaire, tandis que dès l'adolescence et pendant l'âge adulte, la tuberculose est bien plus strictement localisée dans les grands viscères, et spécialement les poumons et la plèvre.

Pour mieux mettre en lumière cette relation entre la scrofulose et la tuberculose, l'auteur examine de plus près les observations et communications dues à l'hôpital côtier de Refsnœs, en Danemark, et concernant le sort ultérieur des enfants sortis de cet hôpital et leur état dix ans après la sortie. Sur 814 enfants entre 2 et 15 ans, souffrants de diverses formes de scrofulo-tuberculeuses, et sortis de l'hôpital de 1876 à 1888, après un traitement d'environ une année, on a trouvé dix ans après que plus de 60 0/0 étaient guéris et entièrement valides, tandis que le tiers restant étaient ou morts de tuberculose, ou souffrants d'affections tuberculeuses, se localisant de plus en plus dans les poumons, à mesure que le sujet vieillit.

L'auteur est ainsi amené à étudier la question de la fréquence et de la durée de la tuberculose latente; suivant lui, même en admettant que sur trois phtisiques adultes ou adolescents un seul ait en lui le germe morbide depuis l'enfance, il résultera que chez la grande majorité des tuberculeux l'affection remonte au premier âge ou à l'enfance en général. On serait même tenté d'admettre que, surtout dans les villes ou les districts à population dense, où la tuberculose sévit depuis des générations, la population tout entière a très probablement été l'objet d'une infection plus ou moins grave, et ce, généralement, dès l'enfance. Il en serait autrement dans les régions où la population est disséminée, et où l'infection est de date relativement récente : là les affections primaires, survenant à l'âge mûr, sont bien autrement fréquentes.

Il nous est actuellement impossible de dire avec certitude quelle fraction d'une population est effectivement acquise à l'infection, mais ce qui ne souffre aucun doute, c'est que ce nombre est de beaucoup supérieur au nombre de ceux qui succombent au mal.

La mortalité tuberculeuse, si peu variable d'année en année dans les différentes régions ou dans les différentes villes, ne peut donc pas s'expliquer par l'infection seule; mais elle doit évidemment dépendre d'une façon tout à fait intime d'une constante locale, caractéristique de chaque ville et de sa population. Or, dit l'auteur, quelle peut être cette constante, sinon la nature variable du sol dans lequel tombent les bacilles, la résistance héréditaire ou acquise, variable chez les populations de districts différents, dans les différentes familles, et d'un individu à l'autre dans les différentes classes d'âge? Cette disposition tuberculeuse semble être une fonction de la tare héréditaire d'une part, des conditions d'existence, d'hygiène et de climat de l'autre; mais on n'a pas encore la notion bien claire de ce qui doit évidemment constituer son essence la plus intime. Certains auteurs insistent surtout sur le rôle joué par son abaissement de la pression artérielle, d'autres sur une disproportion existant entre le cœur et les poumons, d'autres enfin, sur la possibilité de troubles latents dans les phénomènes d'assimilation et de modifications morbides des liquides imprégnant les tissus.

Ce que nous devons retenir, c'est que la disposition joue un rôle prépondérant dans la lutte contre la tuberculose, en tant que maladie ethnique; plusieurs orateurs ont insisté tout spécialement sur ce point au Congrès des naturalistes, à Brunswick, l'automne dernier.

Si donc il est prouvé que dans 9 cas sur 10, le caractère plus ou moins bénin, plus ou moins malin de la tuberculose dépend de la nature du sol ensemencé, de l'élasticité et de la résistance plus ou moins grandes des sujets, tant au moral qu'au point de vue matériel, il en résultera que la lutte contre la disposition tuberculeuse doit être engagée à la toute première heure, soit que le bacille tuberculeux ait déjà à ce moment envahi l'organisme, ou qu'on craigne à tout moment de le voir entrer dans la place. Suivant moi, continue l'auteur, c'est donc les jeunes enfants qu'il convient avant tout de protéger contre l'infection, principalement pendant les 4 ou 5 premières années de leur existence; la seconde tâche sera d'étudier et d'apprendre à traiter la tuberculose infantile et glandulaire, en ne négligeant aucune des formes scrofuleuses, même les plus bénignes, de telle sorte que la maladie perde le plus vite possible son acuité, et ne laisse derrière elle, si j'ose m'exprimer ainsi, qu'une espèce de vaccine bienfaisante pour l'individu. Plus tard, dans la vie, il conviendra d'avoir l'œil ouvert sur les formes évolutives de la phtisie, sur la tuberculose latente et sur ses formes larvées.

L'auteur indique un certain nombre des symptômes qui, d'après lui méritent de fixer plus spécialement l'attention; il signale entre autres : les catarrhes chroniques du nez, du larynx et des voies respiratoires, l'émaciation, la toux sèche et parfois convulsive, les pleurites, la capacité pectorale, la réduction de la surface respiratoire, et enfin l'abaissement de la pression artérielle.

Pour finir, l'auteur insiste sur la nécessité de bien mettre en lumière et de connaître à fond ces stades transitoires ou prodromatiques; c'est parmi ces cas que nos hôpitaux et nos sanatoria populaires devront se recruter, si l'on veut qu'ils exercent une action vraiment bienfaisante et remplissent véritablement la mission qui leur incombe; c'est alors que le traitement diététique et hygiénique célébrera ses plus beaux triomphes, surtout dans des établissements fermés, et réussira dans un délai relativement bref à rendre à la société des individus tout à fait valides.

Leçons de Clinique médicale. Psychoses et affections nerveuses; par Gilbert Ballet. — O. Doin, éditeur, 1897.

M. Gilbert Ballet publie un volume de leçons qui, bien que reliées entre elles par aucun lien apparent, offrent toutes les idées directrices qui ont toujours guidé le savant neurologiste durant son enseignement, nous voulons dire la préoccupation de l'observation rigoureuse à laquelle il sacrifie les théories toutes faites, ne forçant pas les faits à s'adapter aux moules déjà créés, le souci de se servir de tous les procédés d'investigation nouveaux et par-dessus tout la clarté d'exposition qui, seule, permet au savant clinicien d'être bon professeur.

I. La première leçon d'ordre général a trait à *la pathologie mentale, son domaine, sa méthode et ses visées*. La psychiatrie doit reposer sur l'étude des faits; bien que la psychologie morbide tienne ici une grande place, elle ne doit pas tout absorber; l'aliéniste doit être psychologue dans la mesure du nécessaire mais surtout et avant tout médecin. Le résultat de ses travaux ne sera définitif que lorsqu'il pourra unir aux observations cliniques psychiques et somatiques, des constatations anatomiques et pathogéniques.

II. *Le délire des persécutions à évolution systématique* a été séparé nettement par M. Magnan sous le nom de délire chronique, de la classe des persécutés décrite par Lasègue. Les caractères de ce délire sont d'abord de survenir chez des sujets à hérédité nulle ou peu chargée, et de frapper des personnes jusque-là absolument saines d'esprit, entre trente et

cinquante ans. Cette psychose s'établit lentement et offre une marche progressive et régulière qui peut être divisée en quatre périodes : 1° période d'incubation avec inquiétude et interprétations délirantes ; 2° période de persécution avec hallucinations, surtout de l'ouïe et de la sensibilité générale ; 3° période de mégalomanie où les idées de persécution font place aux idées de grandeur, et enfin 4° démence terminale. M. Falret divise la période de persécution en deux périodes, une d'hallucination de l'ouïe et une de troubles de la sensibilité, il ne croit pas à la période de démence. Ce délire chronique diffère du délire de persécution des dégénérés qui survient par poussées brusques le plus souvent et guérit fréquemment. M. G. Ballet, à l'encontre de M. Magnan, pense que les dégénérés intelligents peuvent être frappés du délire chronique typique. On a objecté que les périodes ne se distinguaient pas toujours très nettement, que les idées de mégalomanie se superposaient parfois au lieu de s'y substituer aux idées de persécution. Mais ces objections ne diminuent en rien la conception clinique de M. Magnan. Néanmoins il est certain qu'entre les cas typiques de ces deux genres de persécutés il existe des observations de malades difficiles à classer, qui forment une transition entre le délire chronique et celui des dégénérés.

III. *Les persécutés auto-accusateurs.* — Les persécutés ont été différenciés par Lasègue des mélancoliques : tandis que ces derniers sont humbles et résignés, les premiers sont agressifs et révoltés. Il existe cependant certains persécutés qui, tout en accusant les autres, s'accusent avant tout eux-mêmes, et sont convaincus d'être des victimes coupables, tandis que les persécutés ordinaires sont des victimes innocentes. Les persécutés auto-accusateurs semblent être des dégénérés qui sont sujets à des idées de persécution dont le point de départ est un trouble hypocondriaque ou mélancolique.

IV. *Un exhibitionniste persécuté.* — Il s'agit d'un malade atteint d'une obsession impulsive qui consiste à exhiber ses organes génitaux devant les jeunes filles lorsqu'il les rencontre dans un jardin public. Une angoisse très pénible s'empare de lui s'il résiste à cette obsession, et un soulagement immédiat accompagne l'exécution de cet acte impulsif. Ce malade est ensuite devenu triste, a présenté des idées de persécution en rapport avec des crimes imaginaires dont il s'accuse, il a tenté de se suicider et a frappé plusieurs personnes. Ces malades ont pour origine de leur délire une préoccupation fondée ou non, relative aux organes génitaux ou aux fonctions génitales, on ne constate pas ordinairement chez eux d'hallucination. Ils s'irritent contre leurs prétendus persécuteurs, mais sans les haïr véritablement et sont plus découragés qu'aggressifs, enfin ils sont toujours porteurs de stigmates de dégénérescence.

V. *Les persécuteurs familiaux* étudiés par J. Falret et Krafft-Ebing se rapprochent des processifs, ce sont des fous raisonnants ou des persécutés persécuteurs. Leur conversation courante semble raisonnable et logique, ils ne paraissent pas délirer, ne sont pas hallucinés. Cependant leur état morbide repose sur une conviction délirante ; ils se créent un père ou des enfants imaginaires. Ces persécutés familiaux se rapprochent des dégénérés ambitieux, ils portent du reste des stigmates de dégénérescence. Ce genre de malades aurait jadis été rangé dans les monomanies d'Esquirol, mais actuellement les monomanies sont sujettes à caution et les délires systématisés comme ceux des persécutés familiaux relèvent d'un état profond de débilité intellectuelle.

VI et VII. *Psychoses puerpérales.* — Il y a des psychoses puerpérales de formes les plus variées et non une folie puerpérale. M. Ballet cite diverses observations où la puerpéralité est la cause principale de la maladie mentale. Une de ces malades est atteinte de *confusion mentale hallucinatoire* que M. Ballet différencie de la stupeur mélancolique. Dans d'autres cas de folie puerpérale, on observe des *délires partiels*, mais plus rarement que des accès maniaques ou mélancoliques. A l'heure actuelle deux théories pathogènes partagent les aliénistes : l'une (Marcé, Kirchoff) admet que les psychoses puerpérales sont des psychoses vulgaires réveillées par l'état de grossesse ; l'autre, faisant renaître les doctrines humorales hippocratiques, attribue à la toxémie et à l'infection, ces troubles mentaux (Olshausen, Lallier). Pour M. Ballet la vérité est dans un sage éclectisme.

Si l'on examine un certain nombre de cas de folie puerpérale, on peut les mettre sur le compte de l'urémie ou d'intoxications connexes, mais d'autres cas ne se rattachent que fort secondairement à la grossesse, simple cause déterminante qui réveille des prédispositions antérieures le plus souvent héréditaires.

La septicémie puerpérale tient encore une part indiscutable dans l'étiologie des psychoses des accouchées, souvent elle n'est qu'une cause occasionnelle, mais M. Ballet a tendance à admettre une folie septicémique puerpérale affectant la forme de confusion mentale hallucinatoire. En un mot la grossesse, l'accouchement, la lactation comme la menstruation peuvent chez les prédisposées réveiller des troubles mentaux (accès de manie, de mélancolie, impulsions se rattachant à la dégénérescence mentale ou à l'hérédité vésanique).

D'autre part la toxémie ou l'infection puerpérale ou les troubles nutritifs qui accompagnent la puerpéralité peuvent causer une psychose banale ou une sorte de stupidité, de démence aiguë que l'on tend à appeler confusion mentale hallucinatoire.

VIII. — L'*hypocondrie* peut se diviser en quatre types cliniques :

1° La *petite hypocondrie* dans laquelle le sujet éprouve des craintes de maladies contre lesquelle le médecin le rassure facilement, craintes qui disparaissent pour se manifester de nouveau.

2° La *phobie hypocondriaque* qui est un symptôme de dégénérescence mentale et s'accompagne d'obsession et d'angoisse.

3° La *grande hypocondrie* où la preuve de l'affection imaginaire est faite pour le malade, bien qu'elle soit absolument fausse.

4° L'*hypocondrie délirante, folie hypocondriaque* où non seulement l'affection dont se plaint le malade est fausse, mais est encore absolument absurde.

Morel, Krafft-Ebing, Schüle, Biswanger, Althaus, Verga, Morselli, considèrent l'hypocondrie comme une entité morbide, une névropsychose. En France, les aliénistes ont plus de tendance à en faire simplement un syndrome morbide. Le pronostic et la marche de l'hypocondrie sont des plus variables. Exceptionnellement, l'hypocondriaque est dangereux ou a des idées de suicide.

IX. M. Ballet, dans sa neuvième leçon, relate un cas d'*hypermnésie* avec exagération pathologique de la faculté de représentation mentale. Ce malade était atteint d'hallucinations auditives. Il avait une hérédité nerveuse assez chargée et était en outre alcoolique.

X. *La période prodromique à forme neurasthénique dans la paralysie générale* que signale M. Ballet, est souvent de longue durée. La neurasthénie préparalytique que décrit M. Ballet peut se distinguer, selon lui, de la neurasthénie vulgaire. Les stigmates de la neurasthénie (casque, rachialgie, plaque sacrée) font le plus souvent défaut ; les douleurs névralgiques sont les signes les plus importants et n'ont pas les caractères habituels ; l'état du malade est sujet à des modifications très brusques. Ces distinctions qui ne sont, il est vrai, que des nuances peuvent permettre le diagnostic.

XI. *Les troubles oculaires dans la paralysie générale progressive* ont une grande importance et ne sont pas des symptômes secondaires.

Le trouble fondamental est l'*ophtalmoplégie interne* (Hutchinson) qui frappe la musculature interne de l'œil (constricteur de la pupille, muscle ciliaire ou d'accommodation). Cette ophtalmoplégie interne évolue progressivement et dans un ordre conforme : la réaction de la pupille à la lumière s'atténue d'abord, puis disparaît, puis c'est la réaction de la pupille à l'accommodation et le pouvoir accommodateur de l'œil. La première phase est le signe d'Argyll Robertson, mais ce signe qui existe dans le tabes n'est que transitoire dans la paralysie générale. Comme les deux yeux sont inégalement atteints, il y a *inégalité pupillaire.* Parfois il n'y a pas inégalité, mais double dilatation et rarement myosis double. On a aussi signalé l'irrégularité du contour de l'iris. Bevan Le-

wis a décrit un autre signe qui serait parfois le prélude de la paralysie générale, c'est l'inversion de la réaction pupillaire qui se dilaterait alors en présence d'un foyer lumineux. Des théories pathogéniques ont été faites pour expliquer cette ophtalmoplégie interne. Il est probable que le signe d'Argyll Robertson tient à une lésion de la partie postéro-inférieure de la couche optique que Meynert désigne sous le nom de ganglion de l'habénule et de tubercules quadrijumeaux. Perlia prétend en outre que les centres des nerfs moteurs de l'œil sont dissociés dans le bulbe et que les centres spéciaux pour le sphincter irien et le muscle ciliaire seraient situés au-dessus des autres dans les parois du troisième ventricule. Ces centres seraient lésés. Cependant des faits de Parinaud, signalant des iridoplégies coïncidant avec des lésions seulement corticales, enlèvent à ces théories une autorité absolue.

Outre ces troubles des muscles internes, l'on a constaté dans la paralysie générale des paralysies du releveur de la paupière, des muscles moteurs de l'œil, de la diplopie, du nystagmus, du strabisme, de l'atrophie de la papille, de l'œdème, des dilatations anévrismales de l'œil.

XII. Dans sa douzième leçon, M. Ballet expose l'observation d'une hystérique à anesthésie généralisée chez laquelle on provoque le *sommeil par l'occlusion des yeux et des oreilles*; ce sommeil est analogue au sommeil hypnotique.

XIII. Observation d'un cas de *névrite double des nerfs cubital et médian* du côté droit.

XIV. Exposé d'un syndrome simulant la sclérose latérale amyotrophique chez une malade syphilitique.

XV. L'*acroparesthésie* ou paresthésie des extrémités débute par les mains et souvent se cantonne dans la région du médian ; une sensation d'engourdissement des doigts violacés et livides se manifeste. Elle ne donne pas lieu à la pâleur des téguments comme dans la maladie de M. Raynaud. Elle dure parfois fort longtemps et disparaît spontanément.

XVI. La *chorée congénitale* forme un groupe que l'on peut scinder en chorées spasmodiques et chorées non spasmodiques.

XVII. Observation de *surdité verbale urémique*.

XVIII. Leçon clinique sur la *migraine ophtalmoplégique* où l'auteur repousse toute idée de parenté entre cette maladie et la migraine simple.

XIX, XX et XXI. Les *polynévrites* par cause locale, les névrites wallériennes, les polynévrites alcooliques, saturnines (types antibrachial, Aran-Duchenne, Duchenne-Erb) sont tour à tour exposées. L'auteur discute les théories périphériques ou centralistes exposées jusqu'ici. Il termine en décrivant les lésions de la moelle qui existent chez les polynévritiques.

Les XXII° et XXIII° leçons ont trait aux *paralysies radiculaires sensitives* du plexus brachial.

Dans la XXIVe, M. Ballet étudie les *myélites infectieuses expérimentales*, en expose les lésions, discute leur pathogénie microbienne et toxique et en tire des applications à la pathologie humaine.

J. NOIR.

Traité de Chirurgie clinique et opératoire ; par LE DENTU et P. DELBET Tome VI : Bouche, Pharynx, Œsophage, Larynx, Trachée, Corps thyroïde, Cou, Poitrine). — Paris, J.-B. Baillière 1898.

Voici le VIe volume de cet important traité. Il comprend les maladies de la bouche et du pharynx par H. Morestin. Celles des glandes salivaires sont dues au même auteur. Les maladies de l'œsophage ont été traitées par M. Michel Gangolphe et nous signalerons en particulier le chapitre relatif aux corps étrangers. A M. Lubet-Barbon ont été confiées les affections du larynx et de la trachée. M. Lyot s'est chargé du corps thyroïde et en particulier de ce qui a trait au goitre. Les maladies du cou de M. Arrou, celles de la poitrine, par M. Souligoux, terminent le volume.

Nous n'insisterons pas sur l'importance de ce traité, importance sur laquelle nous avons déjà maintes fois attiré l'attention. Ce que nous nous permettrons de souhaiter seulement, c'est que sa publication soit plus améliorée. A notre époque, où tout va vite, les grands ouvrages de longue haleine ont l'inconvénient de ne plus se ressembler au commencement et à la fin.

M. B.

VARIA

—

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS.

Séance du 6 juin. — PRÉSIDENCE DE M. NAVARRE.

Renvoi à la 5e Commission d'une lettre de MM. Alphonse et Gustave de Rothschild relative à un don de 200.000 francs fait par eux aux pauvres de Paris. — Remerciements du Conseil.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous communiquer la lettre suivante que je viens de recevoir :

« Paris, le 6 juin 1898.

« Monsieur le Président,

« Nous avons l'honneur de vous faire connaître qu'à l'occasion de la première victoire remportée par notre écurie de courses dans le Grand Prix de Paris, nous venons de mettre à la disposition de M. le Préfet de la Seine la somme de deux cent mille francs, en le priant de vouloir bien faire déterminer par le Conseil municipal le meilleur emploi qui pourra en être fait au profit de la population nécessiteuse de la ville de Paris.

« Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de notre considération la plus distinguée. — Signé : Alphonse de Rothschild, Gustave de Rothschild. » — (*Très bien! très bien!*)

M. LAMPUÉ. — Le Conseil ne peut que souhaiter la victoire de la même écurie dans les futures épreuves. (*Très bien! — Rires.*)

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, votre Bureau a envoyé immédiatement ses remerciements aux généreux donateurs et je crois que le Conseil tout entier n'hésitera pas à s'associer à nous. (*Assentiment général.*)

M. LE PRÉFET DE LA SEINE. — Messieurs, j'ai effectivement reçu de MM. de Rothschild une lettre semblable à celle dont M. le Président vient de donner lecture au Conseil municipal. Je vais m'empresser, vous n'en doutez pas, d'adresser à ces Messieurs l'expression de ma gratitude ; mais, en attendant, je demande au Conseil municipal de me joindre à lui pour envoyer à MM. de Rothschild les remerciements de la population parisienne. (*Très bien!*)

M. LE PRÉSIDENT. — Je vous propose de renvoyer l'examen de la question de la distribution de cette somme à notre 5e Commission. — Le renvoi à la 5e Commission est prononcé.

Communication d'une lettre de M. Peyron, ancien directeur de l'Assistance publique.

M. LE PRÉSIDENT. — J'ai l'honneur de vous communiquer la lettre suivante :

« Marines, 4 juin 1898.

Monsieur le Président,

M. le Président d'âge et vous-même avez bien voulu saluer ma retraite en des termes qui m'ont vivement ému.

« En vous exprimant toute ma reconnaissance, je vous prie de vouloir bien faire agréer au Conseil municipal l'assurance de ma respectueuse et profonde gratitude pour les marques personnelles de bienveillance que j'ai toujours reçues de lui. Pendant mes fonctions, elles m'ont été le meilleur des encouragements, leur souvenir me restera comme le grand honneur de ma carrière. — Veuillez recevoir, Monsieur le Président, et transmettre à tous vos collègues, l'expression de ma plus respectueuse considération et de mon meilleur dévouement. — Signé : E. Peyron. »

La situation sanitaire (eaux potables et dysenterie) au Sénégal.

La dysenterie règne en maîtresse au Sénégal. L'émotion, dans la colonie française de Saint-Louis, est des plus vives. Chacun voit à nouveau suspendue sur la tête de ses plus proches la menace de mort et se demande si demain la terrible maladie ne viendra pas, dans sa demeure, continuer sa lamentable moisson. La cause ? C'est toujours la *contagion par l'eau*, par l'eau du Sénégal, peu salubre par elle-même et que souillent, aux abords de Saint-Louis, les déjections des indigènes.

Le fleuve, surtout le petit bras qui sépare la cité mère des faubourgs installés sur la lagune de Barbarie, est à la fois la

source où l'indigène puise l'eau ménagère et la sentine où il déverse le superflu de sa vie domestique. Chaque matin, avant huit heures, les femmes et les fillettes viennent vider là le contenu des toupines. Malgré la rapidité du courant, les déjections ne sont pas toutes entraînées vers la mer. Des sediments d'une nature spéciale se déposent le long les berges, infectant, à certaines heures du jour, tous les alentours. Les Européens, qui n'ont pas, comme les noirs, une acclimatation ou une dose de résistance suffisante, sont dans un milieu favorable à la propagation des microbes nocifs. On proscrit, avec raison, non seulement l'ingestion de l'eau du petit bras, mais aussi le lavage du linge comme celui des ustensiles de ménage. La question de l'eau potable est donc pour la colonie européenne une des plus importantes. C'est malheureusement une de celles qui ont été traitées avec le plus de désinvolture. A l'heure actuelle, Saint-Louis est alimentée par de l'eau prise dans le fleuve à Makhna, à 13 kilomètres en amont de la ville. Aux hautes eaux, à la fin de l'hivernage et aux premiers jours de la saison sèche, l'eau ainsi amenée est relativement bonne. Elle a bien la couleur limoneuse des eaux chargées des terres d'alluvion; toutefois les Européens la peuvent employer aux usages domestiques. Mais quand le Sénégal se rapproche de l'étiage, l'eau devient vaseuse; elle est infectée par les matières fermentescibles coulant des marigots progressivement asséchés. Saint-Louis doit alors s'approvisionner comme il peut. Les uns puisent dans les citernes où, aux hautes eaux, on a pompé l'eau du grand bras du fleuve. Les autres usent avec ménagement des eaux pluviales également conservées dans des citernes. Pour les administrations publiques, il y a des chalands qui remontent le Sénégal, afin de puiser assez haut dans le fleuve l'eau que n'ont pas polluée les déversements des marigots Les familles un peu aisées ne boivent jamais de ces eaux : elles font venir de France des caisses de bouteilles d'eau minérale. L'administration coloniale a voulu remédier au mal et, choisissant au milieu de divers projets, elle en a adopté un qui, en principe, devait aller chercher l'eau du Sénégal à Thiogar, près de Richard-Toll à quatre-vingts kilomètres en amont de Saint-Louis. Des fonds prélevés sur l'emprunt colonial de 1892 furent affectés à cette opération. Malheureusement, des mécomptes survinrent; l'argent manqua; on dut modifier les travaux et s'arrêter à moins d'une trentaine de kilomètres de la ville. Les tuyaux de fonte que l'on avait ainsi en superflu et qui avaient été amenés à pied d'œuvre durent être redescendus à Saint-Louis et ils serviront aux travaux d'adduction d'eau de Dakar. Une enquête administrative a été ouverte : il ne nous appartient pas d'en indiquer le résultat, étant donné que l'administration centrale ne s'est pas encore prononcée. Mais ce que nous pouvons dire, c'est que l'on a dépensé beaucoup d'argent sans modifier d'un iota la situation sanitaire de Saint-Louis. Il ne reste aux contribuables qu'à se préparer à de nouveaux sacrifices pour mettre fin à une situation si dommageable pour la santé publique. Mais quelles modifications profondes à apporter dans les errement administratifs de la colonie ou de la ville de Saint-Louis !

L'Exercice de la Médecine en Angleterre.

La loi anglaise sur l'exercice de la médecine ne ressemble nullement a la notre. Ici le *rebouteux*, le *charlatan* sont des travailleurs comme les autres. Ils ont le droit de traiter leurs semblables, de vendre des medicaments, l'action délictueuse ne commençant que lorsqu'ils *usurpent la qualité de docteur en médecine*. Tant qu'ils avouent n'avoir pas fait les etudes nécessaires et n'avoir obtenu aucun diplôme, ils sont dans la légalite, le public étant loyalement prévenu qu'il a affaire à des amateurs. Encore faut-il, pour les poursuivre, une plainte émanant d'un ou de plusieurs medecins diplomés. Dans les autres cas, ils sont soumis à la loi commune qui prévoit et punit l'homicide par imprudence, l'avortement, etc., etc. Ces charlatans sont d'ailleurs assez rares ici, la confiance des malades ne leur étant pas acquise, malgre le taux dérisoire de leurs honoraires.

Par contre, la plupart des médecins chargés de clientèle ont à leur service un jeune homme, élève en medecine, sans diplome encore, qui tient leur clinique, les assiste dans les consultations, fait certaines visites à des malades en traitement régulier, opere même des accouchements, apprend en un mot la pratique du metier. On les appelle des *students assistants* ou des *locum tenens*, et, comme leur habileté est garantie par le docteur qui les emploie, nul n'hésite à user de leurs services ou à écouter leurs conseils. Or, le grand conseil médical de Londres vient de décider la suppression de ces espèces de secrétaires, et tous les médecins ont dû congédier ceux qu'ils employaient. Cette décision a fait, comme on devait s'y attendre, nombre de mécontents.

Quelques-uns de ces jeunes gens ont renoncé à la profession médicale. Ceux-là sont les plus pauvres, ceux qui comptaient sur le produit de leur apprentissage pour continuer leurs études. Presque tous les autres se sont établis charlatans dans le voisinage du cabinet occupé par leur ancien patron, et font, aux médecins diplômés, une concurrence ruineuse. Le public, en effet, ne les considère pas comme des charlatans et des rebouteux. Il sait que tous ont commencé leurs études et les ont poussées assez loin pour mériter la confiance d'un patron, collaborer à l'exploitation d'un cabinet. Il sait que tous ont une expérience professionnelle qui vaut souvent celle de ce patron. Ces anciens collaborateurs des médecins diplômés sont, aux yeux de la foule, des docteurs, auxquels il ne manque qu'un diplôme pour exercer. Ils possèdent la confiance du malade de par ceux-la mêmes qui sont obligés de se séparer d'eux aujourd'hui. La profession médicale était terriblement encombrée déjà dans ce pays où des praticiens sont obligés, pour vivre, de ne faire payer que 60 *centimes le remède avec la consultation*. Les nouveaux charlatans dont nous signalons l'avènement vont la rendre plus difficile et, ce qui est plus triste, moins honorée encore. Les malades n'auront pas plus à s'en féliciter que les médecins. L'Anglais est ainsi fait qu'il accordera plus volontiers sa confiance à un étudiant rompu à toutes les opérations et ayant acquis une certaine dextérité par une pratique laborieuse sous les ordres d'un patron, qu'à un prince de la science, plutôt à un ouvrier qu'à un savant. Nos nouveaux charlatans ont donc chance de faire fortune, tandis que les vrais médecins succomberont. Dans les cas graves, la science de ces jeunes gens se trouvera en défaut et la sante publique en patira. Les agissements des *locum tenens* avaient donné lieu à bien des abus, mais la decision prise par le grand conseil médical de Londres peut créer une situation autrement grave, autrement dangereuse, et à laquelle il n'est que temps d'aviser. (*Temps*).

Un nouvel anesthésique : l'orthoforme.

Deux expérimentateurs allemands, MM. Einhorn et Heinz, viennent de découvrir un nouvel agent anesthésique auquel ils donnent le nom d'orthoforme. Cette substance appartient au groupe chimique des amido-éthers aromatiques : c'est, exactement, l'éther p-amido-m-oxy-benzométhylique. L'orthoforme consiste en une poudre blanche, cristalline, légère; elle est sans saveur, sans odeur. Sa solubilité est faible, d'où action lente ; mais il y a compensation par le fait que l'influence est durable. L'orthoforme produit avec les acides des sels solubles, et qui jouissent de la propriété anesthésiante aussi ; mais ils sont acides, et ceci fait qu'on ne peut les employer pour les muqueuses, qu'ils irritent. Appliqué à la surface d'une plaie, ou d'une muqueuse irritée, l'orthoforme (en poudre ou en pommade) les insensibilise. Plusieurs observations faites sur des malades mettent nettement ce fait en lumière. Chez de malheureux brûlés, en particulier, — et on sait combien les brûlures sont douloureuses, — l'orthoforme a supprimé les douleurs les plus vives en quelques minutes, et le soulagement a duré des heures entières. Comme l'orthoforme n'est pas toxique (lapins et chiens en absorbent impunément de 2 à 6 grammes par jour), il a suffi d'opérer une nouvelle application dès que l'effet anesthésique se dissipait. Au reste, on a bien vu combien est grande la tolérance de l'organisme, par l'exemple d'un malade atteint d'un cancer ulcéré de la face, cancer qui était le siège de douleurs atroces rendant le sommeil impossible. L'ulcère fut saupoudré d'orthoforme pendant une semaine, et la quantité ainsi appliquée fut de 50 grammes. Le malade cessa de souffrir, et aucun inconvénient ne suivit cette tentative. L'orthoforme est un anesthésique non toxique : pour les douleurs du cancer de l'estomac, MM. Einhorn et Heinz ont administré plusieurs doses d'un gramme dans la même journée. Il agit de façon très satisfaisante dans tous les cas de plaie ou d'ulcération de la peau ou des muqueuses, et, comme il est fortement antiseptique en même temps, il hâte la guérison des plaies microbiennes. Il est sans action sur la peau intacte, mais son action puissante permet de penser qu'on pourra l'employer comme anesthésique local dans le cas où il y a à exercer une action chirurgicale sur une muqueuse. Des expériences se font actuellement à Munich dans ce sens.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 13. — Médecine opératoire : MM. Humbert, Poirier, Walther. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Kirmisson, Rémy, Jalaguier. — 2e *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Mathias-Duval, Hanriot, Sébileau. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Delens, Marchand, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Fournier, Widal. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Tillaux, Ricard, Delbet. — (2e *série*) : MM. Terrier, Segond, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Landouzy, Déjerine, Gaucher. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

MARDI 14. — Dissection : MM. Campenon, Rémy, Thiéry. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Polaillon, Quénu, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Chantemesse, Letulle, Roger. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Ballet, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Marie, Charrin. — (2e *série*) : MM. Cornil, Debove, Gilbert. — (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Le Dentu, Schwartz, Brun. — (2e *série*) : MM. Panas, Peyrot, Nélaton. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Raymond, Marfan. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Maygrier, Bar.

MERCREDI 15. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Poirier, Sébileau. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Rémy, Déjerine, Guebhard. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Segond, Lejars, Bonnaire. — 4e *de Doctorat* : MM. Landouzy, Hanriot, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Marchand, Ricard, Walther. — (2e *série*) : MM. Terrier, Humbert, Tuffier. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Gilles de la Tourette, Widal.

JEUDI 16. — Médecine opératoire : MM. Berger, Bouilly, Albarran. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Chantemesse, Peyrot, Gley. — (2e *série*) : MM. Raymond, Polaillon, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Schwartz, Bar, Thiéry. — (2e *série*) : MM. Le Dentu, Maygrier, Nélaton. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Hutinel, Netter, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Joffroy, Ballet, Thoinot. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Gilbert, André.

VENDREDI 17. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Segond, Humbert, Sébileau. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Déjerine, Rémy, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Marchand, Jalaguier, Broca. — (2e *partie*) : MM. Potain, Gilles de la Tourette, Widal. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Tillaux, Kirmisson, Walther. — (2e *série*) : MM. Terrier, Delens, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Gaucher, Thoinot. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

SAMEDI 18. — (2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). MM. Mathias-Duval, Quenu, Poirier. — (2e *partie*) : MM. Hanriot, Gley, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1e *partie*) : MM. Campenon, Brun, Maygrier. — (2e *partie*) : MM. Debove, Hutinel, Letulle. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Berger, Peyrot, Nélaton. — (2e *serie*) : MM. Polaillon, Schwartz, Thiéry. — (1re *partie*). Chirurgie. MM. Panas, Le Dentu, Albarran. — (2e *partie*). (1e *série*) : MM. Dieulafoy, Marie, Roger. — (2e *série*) : MM. Ballet, Gilbert, Menétrier. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Bar, Bouilly.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 15. — M. Rivier. De la diazoréaction de Ehrlich. — M. Quidet. Essai historique sur les indices du début de la tuberculose pulmonaire. — M. Cury. Hygiène sociale de la grossesse chez les femmes de la classe ouvrière. — M. Cholous. Étude sur les déplacements de la glande lacrymale orbitaire. — M. Millot. Du traitement des gibbosités pottiques. — M. Baraduc. Traitement des kystes hydatiques abdominaux.

JEUDI 16. — M. Mignon. Étude anatomo-clinique de l'appareil respiratoire et de ses annexes par les rayons de Rœntgen. — M. Oquendo. Contribution à l'étude de l'ozène. — M. Pley. Extraction de la cataracte secondaire (Procédé du Pr Panas). — M. Terrien. Recherches sur la structure de la rétine ciliaire et l'origine des fibres de la zonule de Zinn. — M. Lucas. Contribution à l'étude des actions chimiques des courants électriques sur les tissus vivants. — M. Lagorse. Diagnostic et traitement de la paralysie infantile par l'électricité. — M. Fouqueau. Observations d'abcès d'éclampsie puerpérale et traitement. — M. Barbaux. De l'acide osmique au point de vue thérapeutique. — M. Po[illegible]. De la dysostose cléido-cranienne héréditaire.

Enseignement médical libre.

Clinique de gynécologie. — M. le Dr S. POZZI, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Broca, a repris ses conférences cliniques de gynécologie, le vendredi 10 juin, à 10 heures du matin, et les continuera tous les vendredis à la même heure. Opérations les lundis et mercredis à 10 heures.

Hôpital Saint-Louis. — Le Dr du CASTEL a repris ses conférences cliniques le samedi 4 juin, et les continuera les samedis suivants. A 1 heure 1/2, consultation externe ; à 2 h. 1/2, conférence clinique dans la salle des conférences.

Cours de bactériologie. — Un cours et des travaux pratiques de bactériologie médicales ont commencé le mardi 7 juin, à deux heures, à l'Ecole de Médecine, au laboratoire de bactériologie de M. le Pr Cornil, sous la direction de M. le Dr Fernand BEZANÇON. Se faire inscrire au laboratoire de l'Ecole pratique, de deux à cinq heures.

FORMULES

XVI. — Traitement du tænia par l'acide salicylique.
(WRATCH).

Ozegousski traite le tænia de la façon suivante : le malade ne dîne pas la veille et prend le soir :

Huile de ricin.	30 grammes.

Le lendemain matin à 7 heures :

Huile de ricin	15 grammes.

Puis à 8 heures, 9 heures, 10 heures, 11 heures :

Acide salicylique.	1 gramme.

Pour un cachet. N° 4. — Si au quatrième cachet, le tænia n'est pas expulsé, le malade reprend :

Huile de ricin.	15 grammes.

Les résultats favorables de ce traitement auraient été pour l'auteur de 19 sur 20. (*Belgique méd.*).

XVII. — Traitement de l'impétigo.

Le Dr Sabouraud (*Archives de méd. des Enfants*, janvier 1898) conseille de traiter l'impétigo par l'emploi d'un médicament fort ancien et tombé presque complètement dans l'oubli aujourd'hui, l'*Eau d'Alibour*, qui date au moins de 300 ans ; antiseptique de premier ordre, qui dans le traitement des plaies suppurantes vaut autant que nos meilleurs antiseptiques actuels. Il y a plusieurs formules de l'eau d'Alibour. Voici une formule actuelle :

Eau.	200 grammes.
Camphre à saturation de l'eau.	Q. S.
Sulfate de cuivre	2 grammes.
Sulfate de zinc.	7 —
Safran.	0 gr. 40 centigr.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 29 mai au samedi 4 juin 1898, les naissances ont été au nombre de 1.238, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 454, illégitimes, 193. Total, 647. — *Sexe féminin* : légitimes, 427, illégitimes, 164. Total, 591.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 29 mai au samedi 4 juin 1898, les décès ont été au nombre de 938, savoir : 502 hommes et 436 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 0. T. 1. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 21, F. 19, T. 40. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2, — Coqueluche : M. 5, F. 4. T. 9. — Diphtérie, Croup : M. 2. F. 3, T. 5. — Grippe : M. 0, F. 2, T. 2. — Phtisie pulmonaire : M. 112, F. 85, T. 197. — Méningite tuberculeuse : M. 10, F. 14, T. 24. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 16, T. 29. — Tumeurs bénignes : M. 3, F. 4, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 24, F. 35, T. 59. — Méningite simple : M. 12, F. 16, T. 28. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 14, F. 13, T. 27. — Paralysie, M. 4, F. 7, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 0, T. 2. — Maladies organiques du cœur : M. 35, F. 35, T. 70. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 4, T. 10. — Bronchite chronique : M. 7, F. 6, T. 13. — Broncho-pneumonie : M. 21, F. 25, T. 46. — Pneumonie : M. 15, F. 11, T. 26. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 30, F. 13, T. 43. — Gastro-entérite, biberon : M. 14, F. 11, T. 25. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 5, T. 8. — Diarrhée de 1 à 4 ans ; M. 2, F. 2, T. 4. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 7, F. 15, T. 22. — Sénilité : M. 12, F. 21, T. 33. — Suicides : M. 13, F. 5, T. 18. — Autres morts violentes : M. 17, F. 4, T. 21. — Autres causes de mort : M. 89, F. 50, T. 139. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 4, T. 10.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 78, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 25, illégitimes, 11. Total : 36. — *Sexe féminin* : légitimes, 30, illégitimes, 12. Total : 42.

Faculté de Médecine de Paris. — *Stage hospitalier.* — Le classement des stagiaires pour l'année scolaire 1898-99 (du 1er décembre 1898 au 15 juin 1899), aura lieu les 3, 4 et 5 novembre 1898, de 9 heures à 11 heures du matin, dans le petit amphithéatre de la Faculté. Les stagiaires ne changeront pas de service au mois de mars 1899. — Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires, MM. les Etudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1898-99. et qui auront pris l'inscription de juillet 1898, à la Faculté de Médecine de Paris; savoir : 8e ou 12e (régime de 1878), 4e, 8e ou 12e (régime de 1893). Sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 15 octobre 1898, MM. les Etudiants soumis au stage, qui n'auraient pas pris l'inscription en juillet 1898 (comme il est indiqué ci-dessus), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou Ecole des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre : ces élèves sont invités, en conséquence, à demander le transfert de leur dossier au plus tard le 1er octobre). — Pendant la troisième année de stage. les élèves du nouveau régime d'études seront attachés pendant un trimestre aux services d'accouchement. Ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies nerveuses, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires (art. 1er, § 4, du décret du 20 novembre 1893). Ces dispositions seront mises en vigueur à partir de l'année scolaire 1898-99. — MM. les Etudiants qui seront appelés sous les drapeaux en novembre 1898 sont priés d'en informer le Doyen, par écrit, avant le 15 octobre 1898. — Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque stagiaire (faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu).

Exercices de dissection. — Classement dans les pavillons de dissection (Ecole pratique de la Faculté et amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux). — I. *Etudiants de 2e année de dissection* : Les étudiants de 2e année de dissection sont appelés et classés dans les pavillons de la Faculté et de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, d'après la note obtenue pendant la première année de dissection. Seront inscrits et convoqués d'office, pour le choix des pavillons, les étudiants qui auront pris, en juillet 1898, à la Faculté de Médecine de Paris, la 8e inscription (ancien régime d'études : 1878) ou la 4e inscription (nouveau régime d'études : 1893). Sont invités à demander, par écrit, leur inscription, avant le 15 octobre 1898, les étudiants qui seraient en cours irrégulier d'études, et qui n'auraient pas disséqué pendant deux semestres, — ou qui auraient pris la 8e ou la 4e inscription dans une Faculté ou Ecole des départements — (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre). Le classement aura lieu au petit amphithéâtre de la Faculté, à 9 heures du matin, le vendredi 28 octobre 1898. Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque étudiant, du 15 au 20 octobre. (Faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu.) — II. *Etudiants de 1re année de dissection :* Ces étudiants seront classés et convoqués d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui appartiendraient à l'ancien régime d'études, demanderont, par écrit, leur inscription, après avoir pris la 5e inscription. — Les étudiants, appelés sous les drapeaux en 1898-99, sont priés d'en informer le Doyen aussitôt que possible.

École de Médecine d'Angers. — M. Martin, docteur en médecine, est chargé, à dater du 1er mai 1898, des fonctions de chef des travaux de médecine opératoire.

École de Médecine de Grenoble. — M. Labatut (Prosper-Marius), licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, et institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et chimie.

École de Médecine de Limoges. — M. Dennet (René-Adrien), [illegible] et médecine, est institué pour une période de neuf ans [illegible] travaux d'anatomie et d'histologie.

École de Médecine de Poitiers. — M. Berland, chef des travaux d'anatomie et d'histologie, est prorogé pour un an dans ses fonctions à dater du 20 octobre 1898.

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, professeur [illegible] d'Histoire Naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 19 [illegible] Bornel [illegible] St-Pierre [illegible] Vin [illegible] Chaumont-en-Vexin. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous, gare Saint-Lazare, où l'on prendra à [illegible] heures du matin le train pour Liancourt-Saint-Pierre. Pour profiter de la réduction de 40 0/0, accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la place au Laboratoire de Géologie, 61, rue de Buffon, avant samedi à 4 heures

Asile d'Aliénés de la Seine. — Notre ami le Dr S. Pozzi est nommé chirurgien consultant des Asiles d'aliénés de la Seine. — M. le Dr Picqué, chirurgien titulaire. — M. le Dr Mauclaire, professeur à l'Ecole des infirmières de l'Asile clinique, est nommé chirurgien adjoint.

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. — M. le Dr Sabouraud, le mardi à 10 heures, dans le laboratoire de l'Ecole, leçons théoriques et pratiques *sur les maladies du cuir chevelu.*

Hôpital des Enfants-Malades. — *Enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie.* — M. le Dr Sevestre, le lundi à 9 heures du matin, pavillon Trousseau : un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (sérothérapie, bactériologie, tubage et trachéotomie).

Hôpital de la Pitié. — M. le Pr Albert Robin, le lundi à 9 h. 3/4 du matin.

Asile clinique. (Sainte-Anne.) — *Clinique des maladies mentales* : Pr Joffroy, le samedi à 10 heures.

Hôpital Andral. — MM. Albert Mathieu et Maurice Soupault, conférences cliniques sur les maladies de l'appareil digestif, le vendredi, à 10 heures du matin.

Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac. — MM. Albert Mathieu, médecin de l'hôpital Andral, Maurice Soupault, ancien interne des hôpitaux de Paris, J.-Ch. Roux, interne des hôpitaux et Laboulais, ancien interne en pharmacie : conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. Les élèves sont exercés individuellement aux manipulations indispensables pour le diagnostic. Se faire inscrire : au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

Hôpital Tenon. — M. le Dr A. Béclère, le vendredi, à 10 h. 1/2 du matin : conférences et exercices pratiques sur les applications de la découverte de Rœntgen au diagnostic médical.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. Goupy, G. Maurin, [illegible], rue de Rennes, [illegible]

3e SÉRIE. T. VII. N° 25. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 18 JUIN 1898.

Le Progrès Médical

REVUE GÉNÉRALE

Des ruptures dites spontanées du cœur;

Par le Dr H. PELON.
Chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

Les ruptures du cœur sont de deux sortes : traumatiques et spontanées. Nous nous occuperons seulement des ruptures spontanées ou du moins prétendues telles, car, ainsi que le fait justement remarquer Jaccoud, la déchirure n'est jamais spontanée dans le sens vrai du mot, elle est toujours préparée par quelque altération qui compromet la vitalité et diminue la résistance du myocarde. La rupture d'un cœur absolument sain n'a pas été signalée. Quelles sont donc les lésions rendant cette rupture possible? Quelles en sont en un mot les *causes prédisposantes*?

La *dégénérescence graisseuse* est placée en tête par la plupart des auteurs; il importe de bien distinguer ici la dégénérescence proprement dite dans laquelle la fibre musculaire est profondément atteinte, son sarcolemme entièrement remplacé par des gouttelettes graisseuses, et la surcharge graisseuse s'observant surtout chez les obèses et consistant seulement en une transformation adipeuse du tissu conjonctif; c'est là le cœur gras, qui conserve longtemps ses propriétés physiologiques et ne s'altère qu'à la longue par suite de la compression des fibres par l'accumulation adipeuse.

La cardiorhexie n'est pas, il s'en faut, l'apanage exclusif des cœurs surchargés de graisse; des myocardes très amaigris se rompent quelquefois, et alors c'est du côté des artères cardiaques qu'il faut rechercher l'altération, cause première de la déchirure. On rencontre alors tantôt une *dégénérescence athéromateuse*, tantôt une *thrombose des coronaires* portant soit sur les troncs eux-mêmes soit sur leurs fines ramifications. Dans la plupart des autopsies de rupture cardiaque où on l'a recherché, l'*athérome coronaire* a été observé : le vaisseau est dur, son calibre rétréci, sa lumière partiellement ou totalement oblitérée; la lésion athéromateuse est presque constante ; aussi Robin et Nicolle n'hésitent-ils pas à admettre que sa présence est la règle et son absence l'exception.

Dégénérescence graisseuse du myocarde et athérome des artères cardiaques, telles sont donc, parmi les lésions favorisant la cardiorhexie, celles qui sont le plus habituellement rencontrées au cours des nécropsies; telles sont du même coup les causes prédisposantes les plus importantes. — La *sclérose du cœur* est, elle aussi, assez souvent signalée. — Il est d'autre part permis de supposer que la rupture se fera plus facilement sur des parois préalablement dilatées; aussi les *anévrismes du cœur* favorisent-ils cet accident.

Les abcès du cœur, excessivement rares d'ailleurs, fusant vers le péricarde, amincissent la paroi ventriculaire diminuent sa résistance et permettent sa rupture. — Les *gommes syphilitiques*, longtemps ignorées, agissent de même.

Nous signalerons enfin quelques *causes extrêmement rares* que Robin et Nicolle, dans leur ouvrage sur *la rupture du cœur*, divisent en deux groupes : 1° *causes extra-cardiaques* : cancer de l'estomac et de l'œsophage ouverts dans le cœur; 2° *causes intra-cardiaques* : néoplasmes, hydatides, endocardite ulcéreuse, hémorragies, certaines dégénérescences localisées.

Un cœur présentant l'une des altérations que nous venons d'indiquer peut se déchirer sans le secours d'aucune influence extérieure; la déchirure se fait quelquefois au repos, pendant le sommeil. Mais, d'autres fois, c'est à l'occasion d'un effort que se produit la cardiorhexie, par suite d'une augmentation de la pression intra-cardiaque; toutes les causes qui auront pour effet d'élever cette pression (course rapide, gymnastique, exercices violents, défécation, coït, émotions, colère, etc...) seront autant de *causes déterminantes* de la déchirure cardiaque. Les crises d'épilepsie indiquées comme cause de cardiorhexie par Lunier (*Gazette des hôpitaux*, 1865) n'agissent que par l'élévation de tension qu'elles amènent.

La rupture du cœur est un accident *rare* : 7 cas sur 1.250 autopsies, d'après Meyer, ce qui fait un peu moins de 1 pour 200; 1 fois sur 40 cas de mort subite d'après Devergie; Robin et Nicolle font remarquer que la rupture n'est pas aussi rare qu'on le pense dans les hospices de vieillards. Il s'agit presque toujours, en effet, de *sujets âgés*, car les lésions cardiaques que nous avons indiquées comme causes de la rupture s'observent plutôt à un âge avancé. C'est de 70 à 80 ans qu'est la plus grande fréquence de la cardiorhexie. Enfin l'*homme* est plus souvent atteint que la femme : sur 173 cas, il y a 93 hommes et 80 femmes (Robin).

A l'autopsie d'un individu ayant succombé à une rupture du cœur, on est la plupart du temps frappé par l'extrême distension du péricarde qui est noirâtre ou bleuâtre, refoulant les poumons, surtout le gauche, qui est tassé contre la gouttière vertébrale; en outre, le péricarde présente avec la paroi thoracique des rapports beaucoup plus étendus que normalement; dans d'autres cas, la séreuse est moins distendue, elle est fluctuante et par la palpation on peut percevoir une masse molle interposée entre elle et le cœur. Si l'on pratique une incision, on découvre, baignant dans du sérum, un caillot sanguin plus ou moins volumineux, pouvant atteindre 500 grammes. Après avoir vidé la séreuse de son contenu, on porte alors son attention sur le cœur lui-même et l'on recherche soigneusement *le siège de la déchirure* qui a causé la mort.

C'est le ventricule gauche qui est le plus ordinairement intéressé; après lui et par ordre décroissant viennent : le ventricule droit, l'oreillette droite et l'oreillette gauche; les ruptures des oreillettes sont d'ailleurs tout à fait exceptionnelles. Sur un total de 173 observations rapportées par Robin et Nicolle, la déchirure siégeait 139 fois sur le ventricule gauche, 20 fois sur le ventricule droit, 8 fois sur l'oreillette droite, 2 fois sur l'oreillette gauche, et 4 fois simultanément sur les deux ventricules. La face ventriculaire antérieure dans ses deux tiers inférieurs est le siège habituel de la rupture.

La rupture est *complète* ou *incomplète* : *complète*, s'il y a communication entre les cavités cardiaque et

péricardique; *incomplète*, si la déchirure n'intéresse pas toute l'épaisseur de la paroi du cœur. Les ruptures incomplètes sont dites *externes* quand la solution de continuité porte seulement sur la face externe de la paroi; elles sont *internes* si la face interne, au contraire, est seule intéressée.

Prenons pour type de notre description une déchirure *complète*. Elle présente à étudier deux *orifices* et un *trajet*. *L'orifice externe*, habituellement rectiligne, dirigé dans le sens des fibres longitudinales, a une longueur variant de 1 à 4 centimètres; ses bords sont rarement nets, semblables à ceux des plaies par instrument tranchant, mais plutôt irréguliers, contusiformes et mâchés. L'orifice interne, d'ordinaire plus étroit que l'externe, est quelquefois oblitéré par une coagulation sanguine, ou caché derrière un pilier; il peut être nécessaire pour le découvrir de pousser un stylet par l'orifice externe. Ces deux orifices peuvent être situés en regard l'un de l'autre, séparés seulement par l'épaisseur de la paroi cardiaque : le trajet qui les réunit est alors *direct*, dans d'autres cas, il est *oblique*, l'orifice interne ne correspondant plus à l'externe, et pouvant ne pas siéger sur le même ventricule. La déchirure est presque toujours unique; cependant on en a vu trois et même cinq (Andral, Baly).

Si, après avoir examiné les caractères de la rupture elle-même, on recherche l'état du cœur et des coronaires, on trouvera suivant les cas les diverses altérations macroscopiques dont nous nous sommes déjà occupés à propos de l'étiologie, et dont les deux principales sont la dégénérescence graisseuse du cœur et l'athérome des coronaires; nous n'y reviendrons pas et nous aborderons tout de suite la *description microscopique* de la rupture.

Robin et Nicolle ont les premiers clairement indiqué l'aspect et les caractères d'une coupe passant par la solution de continuité. « Les lèvres de cette dernière sont réunies par un caillot cruorique récent qui se prolonge entre les faisceaux musculaires voisins. De chaque côté de la déchirure, le tissu myocardique est nécrosé et présente les altérations de tous les infarctus viscéraux. » Les fibres musculaires, sur lesquelles a disparu le trait scalariforme d'Eberth, sont tassées les unes contres les autres et « forment bloc »; elles se colorent très difficilement et le noyau a disparu. Le stroma conjonctif interstitiel, pressé par le tassement des fibres, est réduit au minimum. La ligne de démarcation entre la zone infarcie et les régions saines est difficile à établir, les lésions diminuant graduellement d'importance.

Au niveau de l'épicarde, on note souvent des hémorragies qui se continuent avec le caillot qui obture la déchirure; et sur l'endocarde se voit une abondante infiltration leucocytique. Quant aux artérioles, elles sont habituellement altérées et thrombosées.

Dans le reste du cœur, le myocarde peut présenter, suivant les cas, des lésions diverses : soit une sclérose étendue, soit une adipose interstitielle, soit une dégénérescence graisseuse, soit une myocardite segmentaire Renaut et Landouzy).

Aucune des lésions myocardiques que nous venons d'indiquer en dernier lieu : sclérose, dégénérescence graisseuse, myocardite segmentaire, ne peut par elle-même amener la rupture cardiaque; c'est un fait depuis longtemps établi. Comment alors expliquer la cardiorhexie? Barth a montré (*Arch. gén. de méd.* 1879) que la production de la rupture doit être rapportée à un trouble de nutrition du myocarde d'origine artérielle. Lancereaux et Beck, qui ont repris la question, ont conclu dans le même sens. Enfin, d'après Robin et Nicolle qui s'appuient sur de très nombreuses observations, la cardiorhexie reconnaît pour cause immédiate la production d'un infarctus dû à la thrombose d'une branche artérielle; cet infarctus cède à la contraction ventriculaire et la déchirure se fait.

La mort, dans la cardiorhexie, survient quelquefois sans aucun prodrome, presque instantanément. Le malade pousse un cri, accuse une douleur atroce dans la région précordiale, étouffe, devient très pâle et meurt en quelques secondes. C'est là la *forme foudroyante* ou syncopale de Grandmaison.

La *forme rapide* du même auteur se caractérise par les mêmes signes, mais plus atténués et moins précipités dans leur apparition et leur succession. Quelques symptômes avant-coureurs permettent de penser à la cardiorhexie. Ces signes prodromiques, indiqués tout d'abord par Barth, ont été bien décrits en 1886 par A. Robin sous le titre de *période clinique prémonitoire de la rupture du cœur*. Ce sont : 1° des vertiges, survenant à intervalles plus ou moins rapprochés; 2° des accès de dyspnée dont on recherche en vain la cause; 3° des syncopes assez fréquentes; 4° de l'angine de poitrine avec localisation douloureuse dominante précordiale et ses irradiations vers le bras et surtout vers l'épaule gauches, ainsi que vers la région épigastrique. Ces prodromes procèdent par paroxysmes séparés par des phases d'accalmie, mais ils vont toujours s'exagérant pour aboutir en quelques heures à la terminaison fatale. Alors l'oppression est portée à l'extrême avec sensation de suffocation imminente; l'angoisse précordiale est maxima; enfin la douleur angineuse s'irradiant surtout dans le cou et dans l'épaule est si forte que le malade tombe en lipothymie et en syncope et meurt en quelques heures.

Dans d'autres cas enfin, ce n'est qu'après plusieurs jours qu'arrive la mort (*forme prolongée*). Les prodromes que nous avons indiqués s'amendent, puis cette rémission est suivie d'une recrudescence qui aboutit à la terminaison fatale. La survie peut être ainsi de plusieurs jours (5 et même 10).

La mort est due, suivant la majorité des auteurs, à l'anémie cérébrale, à la syncope, et surtout à la compression du cœur par le sang épanché dans la séreuse péricardique.

Le *diagnostic* est des plus embarrassants, surtout dans les formes foudroyantes où l'on ne pourra guère se guider que sur les précédents du malade. Il faudra rechercher quel était l'état antérieur du cœur, savoir s'il n'existait pas d'anévrisme, etc. Le diagnostic est difficile avec la rupture d'un anévrisme de l'aorte thoracique développé vers la région dorsale et demeuré jusque-là latent. Dans l'hémorragie cérébrale, à moins qu'elle ne se fasse dans le bulbe, il n'y a pas une telle rapidité dans la mort, ni cette angoisse précordiale. Quant à la rupture du diaphragme, c'est un accident fort rare, qui survient après un effort, donne lieu à une dilatation du thorax avec aplatissement de l'abdomen et s'accompagne de nausées et de vomissements. Enfin l'angine de poitrine, lorsqu'elle existe seule, tue rarement lors d'une première crise.

S'il s'agit des formes prolongéees de la cardiorhexie, le diagnostic est quelquefois possible, grâce aux symptômes prémonitoires décrits par Robin, principalement la localisation épigastrique de l'angor et la persistance d'une douleur scapulaire gauche.

Que dire du *traitement*? Le médecin arrive souvent

trop tard auprès du patient, qui a été emporté en moins d'une minute. Dans les autres cas, la thérapeutique est absolument impuissante. La seule indication est de chercher à soulager le mourant. Après avoir placé celui-ci dans la position horizontale, au repos le plus complet, on calmera l'angoisse et la douleur à l'aide d'applications glacées sur la région précordiale et d'injections hypodermiques de morphine (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le traitement de l'aliénation mentale par le repos au lit.

Il est aisé de trouver dans les auteurs français et étrangers des opinions en faveur de la nécessité de mettre au lit quelques aliénés (2). Mais il s'agit ici d'un système qui consiste à mettre et maintenir au lit, au besoin par la force, la plupart des malades atteints d'aliénation mentale récente. Ce système, uniformément appliqué à tous les aliénés, nous paraît devoir être contemporain, et, comme tel, plus particulièrement imputable aux Allemands. Il se rattache d'ailleurs à d'autres manières de voir. On nous dit, par exemple : Plus de cellules, rien que des quartiers de surveillance continue au lit. On nous dit en même temps : Plus de cellules, mais aux quartiers de surveillance continue largement développés, annexion contiguë de chambres d'isolement dotées d'un système d'alitement. Le lit est le premier médicament auquel il faille soumettre l'aliéné.

C'est en 1885 que De Gudden exposait au Congrès annuel de la Société des Aliénistes allemands (session de Bade, 16 et 17 septembre), qu'il avait conçu et exécuté le perfectionnement du modèle, proposé par Parchappe, des quartiers de surveillance continue. Trois ans plus tard, en 1888, Paetz, revendiquant la priorité de l'agencement, ainsi conçu, à l'asile d'Alt-Scherbitz, effectué pendant l'été de 1883, prétendait avoir été le premier à poser les indications des questions correspondantes (3). Il faut, disait-il, *aliter* le plus grand nombre possible de malades, leur donner, suivant les syndromes qu'ils présentent, les soins particuliers et individuels qu'ils réclament, les soumettre à une surveillance minutieuse et permanente. Pour cela, on organisera 1° deux grands dortoirs contigus, munis de portes qui en assurent le panorama bien compris — 2° plusieurs salles de jour faciles à surveiller d'ensemble, et simultanément des dortoirs, ou *vice versa* — 3° quelques chambres d'isolement bien séparées des dortoirs, mais aisées à surveiller — 4° une chambre de bains également accessible de partout — 5° des cabinets d'aisances, garde-robes, laveries, offices. Dans ce quartier, sera constamment présent un médecin ou un employé supérieur du personnel qui y habitera. On disposera de trois gardiens par 20 malades, sans compter deux gardiens du service commun de l'établissement qui en assureront la veille. A ces infirmiers on donnera la haute paie, de fréquents congés. Naturellement on agira de même pour les femmes. Voici venir à présent SCHOLZ qui, à son tour, la même année (1) réclame la priorité de l'invention que s'attribue Paetz et proclame qu'il applique *l'alitement* à l'aliénation mentale récente afin de régulariser la circulation, diminuer les excitations sensorielles, calmer les cellules nerveuses irritées, arrêter la déchéance organique ; il hospitalise, ajoute-t-il, ainsi 18 0/0 de tous les aliénés à l'asile de Brême.

Le 13 décembre 1890, Hebold (2) apprécie comme suit le *traitement au lit* des aliénés. Dans le service des hommes de l'asile de Sorau, sur 300 hommes, cinquante sont constamment couchés, deux seulement sont alités à raison d'affections physiques anciennes, n'ayant rien à voir avec les troubles intellectuels, les autres sont maintenus au lit à cause de leur psychopathie et de ses conséquences. On emploie *l'alitement forcé* tantôt parce qu'il s'agit de malades faibles présentant des troubles vasomoteurs dans les extrémités inférieures, tantôt, et c'est la majorité, parce que l'on a affaire à des déments, parmi lesquels beaucoup de paralytiques généraux, qui supportent difficilement les changements de saisons. D'ailleurs le séjour au lit, fût-il court, dissipe rapidemement des attaques congestives qui, chez les paralytiques généraux, eussent pu être promptement mortelles. Le nouveau traitement est appliqué encore aux sitiophobes, malades, pour la plupart, déprimés, aux épileptiques en état de mal, aux aliénés malpropres et gâteux. Le *lit constitue* à la fois un *moyen thérapeutique* et un *moyen de surveillance*. Mais *il n'y a pas lieu de généraliser* l'emploi de ce système. Tantôt il est préférable à l'emploi de la cellule, tantôt celle-ci est supérieure à l'alitement forcé. Il y a des malades, qui, même au lit, ne pouvant reposer ni se calmer, à cause du bruit fait autour d'eux par les voisins, demeurent réfractaires aux bains et aux médicaments, tandis que l'isolement fait merveille. C'est au fond une question d'espèces.

Une discussion s'engage à la Société psychiatrique de Berlin, à la suite de ce mémoire, et voici ce que nous voyons. M. Alter penche pour *l'isolement* en bien des cas, tout en reconnaissant que le traitement au lit a

(1) BIBLIOGRAPHIE, depuis 1800. — Rostan. *Mémoire sur les ruptures du cœur* (*Nouv. Journ. de Méd.*, 1810). — Blaud. *Biblioth. méd.*, 1820 — Rochoux. *Traité des ruptures du cœur*, Th. de Paris, 1823. — Bertherand. *Sur la rupture spontanée du cœur* (*Monit. des Hôp*., 1856). — Elleaume. *Essai sur les ruptures du cœur*, Th. de Paris, 1857. — Cuq. *De la rupture des parois du cœur*, Th. de Strasbourg, 1867. — Barth. *De la rupture spontanée du cœur* (*Ach. gén. de méd.*, 1871). — Laboulbène et Labarraque. *Des ruptures prétendues spontanées du cœur* (*Gaz. méd. de Paris*, 1872). — Le Piez. *Etude sur quelques cas de ruptures spontanées*. Th. de Paris, 1873. — Terrillon. *Mémoire sur la rupture des parties internes du cœur avec ou sans lésion correspondante du cœur* (*Progrès méd.*, 1879). — Lancereaux (*Anat. path.*, 1879). — A. Robin (*Soc. méd. des Hôp.*, 1885). — (*Leçons de clinique et de thérap. méd.*, 1887). — Odriozola, Th. de Paris, 1888. — Peter (*Sem. méd.*, sep. 1889). — Merklen (*Soc. méd. des Hôp.*, 1892. — A. Robin et Nicolle. *De la rupture du cœur* (*Bibliot. méd. Charcot-Debove*, 1895). Voir aussi : Bourneville et Boutcillier, *Revue sur la rupture du cœur* (*Médecine contemporaine*, 1864, p. 102, 131 et 197) ; — Bourneville, *Bull. de la Soc. anat.* 1866, p. 4 0 ; *ibidem*, 1867, p. 353 et *Bull. de la Soc. anat.*, *passim*.

(2) Voyez notamment P. Sérieux. *Traitement des mélancoliques par le repos au lit*, in *Revue de Psychiatrie du mois d'août* 1897.

(3) 60e *Congrès des naturalistes et médecins allemands* et *Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie*, t. 44.

(1) Allg. Zeitschr. f. Prychiatrie, t. 45, 1888.

(2) Société phychiatrique de Berlin.

l'avantage de montrer aux infirmiers qu'il s'agit de malades, mais il faut que, comme à l'asile de Leubus, la réclusion ne soit pas permanente, ne dépasse pas trois semaines. M. Nœcke doute que les psychopathies chroniques bénéficient du traitement au lit, car il craint la gangrène par décubitus et il fait remarquer qu'il faut pour son installation beaucoup de personnel et d'espace. M. Neuendorff admet les avantages du traitement au lit pour les mélancolies récentes et en affirme les merveilleux résultats chez les maniaques et les paralytiques généraux, dans les asiles de Leubus et Sorau. M. Mueller pense que les anxieux alités et massés en tirent grand profit. M. Hebold conclut qu'en tout cas le *traitement au lit est un succédané de la réclusion en cellule.*

Dans un rapport des plus nets, MM. Sioli et Krœpelin formulent (1) que l'*alitement continu* doit être assuré à 10 0/0 au minimum des aliénés. M. Dehio appuie cette opinion tandis que M. Dittmar préfère les *cellules à griltages* qui consistent, comme l'on sait, à diviser une grande pièce ordinaire, en des compartiments formés par des grillages courant du haut en bas de la pièce et permettant la surveillance continue des malades ainsi séparés. La même année (1893), O. Klinke (2) préconisait, comme un moyen souverain, le séjour au lit des aliénés. S'il est malaisé de maintenir au lit des mélancoliques agités, des demi-stupides à impulsions automatiques, et à délire des négations, il est facile d'aliter maniaques, fous systématisants agités, épileptiques et idiots excités. Les résultats de l'alitement seraient particulièrement surprenants chez les aliénés malpropres et destructeurs. Ce serait une méthode réduisant l'isolement au minimum, diminuant l'élément émotif, et donnant aux salles l'aspect réconfortant d'une salle de malades ordinaires, à peu de frais (?).

Arrivons à l'année 1895 et transportons-nous en Russie. Le 21 décembre, M. Liewtschatkin (3), après avoir fait l'expérience du traitement au lit, n'en parait guère partisan; il insiste sur les difficultés que l'on rencontre à maintenir les maniaques au lit; il faut, pour les y contenir, employer trois à cinq infirmiers, et on a grand'peine à éviter les accidents traumatiques.

M. A.-A. Gowseiew (4) dit à peu près textuellement que le traitement au lit appliqué comme une méthode générale, exige l'installation de salles de surveillance, transformant l'asile en un hôpital, et supprimant les cellules d'isolement. Mais encore faut-il qu'il soit justifié par des indications tirées de la maladie mentale. Il a traité ainsi 30 0/0 de ses aliénés; avec lui disparait l'isolement, il ne faut presque plus de soporifiques, l'observation du malade est plus commode, la coprophagie et la coprolypsie disparaissent, on relève le niveau moral des infirmiers, l'examen clinique complet et systématique de tous les aliénés a lieu. A cela M. S. Korsakow réplique que, s'il n'y a plus de cellule il n'y a plus non plus de travail et de séjour en plein air, et MM. A.-A. Tokarsky, W.-R. Boutzke, W.-J. Jakowenko, W.-P. Serbsky, démontrent qu'il est impossible d'en faire un système, parce que nous ne connaissons pas les contre-indications du traitement au lit, que nous n'avons pas de points de repère relatifs au moment où le patient doit quitter le lit, qu'en un mot cela dépend de chaque cas particulier. M. Kojewnikow demande qu'on établisse si le traitement au lit exerce une influence sur l'issue de la maladie mentale et fait remarquer qu'il faut l'expérimenter longuement pour le savoir.

Pendant ce temps, en Angleterre, MM. Clouston et B. Tuke présentaient un rapport précis sur *Rest and exercise in the treatment of nervous and mental diseases* au Congrès annuel de la « Medicopsychological Association of Great Britannia and Ireland » (1). Pour Clouston, les *moyens de contrainte parmi lesquels il faut ranger le séjour au lit* appartiennent aux anciennes pratiques, tandis que les nouvelles méthodes se proposent de favoriser l'activité musculaire qui, elle, produit l'activité organique, et la fatigue, facteurs du repos naturel au lit, modificateurs, par conséquent, de la circulation cérébro-spinale, et dérivatifs physiologiques des conceptions délirantes; entre tous ces procédés, il faut suivre les indications tirées des individus que l'on observe. Ainsi 1° au début de toute maladie mentale, le mouvement répété et l'effort en liberté peuvent arriver à couper bien des accès d'aliénation mentale; 2° les pires résultats relèvent au contraire du repos au lit; il y a moins de malades pour lesquels ce repos soit indiqué parce qu'il les mécontente, les agite, les rend souvent impatients, ce qui diminue le nombre des guérisons; 3° le traitement au lit convient aux malades en voie de déchéance physique, dont le système nerveux est très épuisé, à ceux aussi sur le *psuchê* desquels les impressions extérieures agissent trop vivement. B. Tuke, de son côté, croit que la manie, la mélancolie et la démence ont pour substratum l'hypérémie de la cellule de l'écorce; cette hypérémie porte atteinte aux parties constitutives de l'élément nerveux, en relâche ou en détruit les fibres d'association; il faut donc, du commencement à la fin de la maladie, employer des traitement hospitaliers tels que le traitement au lit, car si on force les malades à se mouvoir, on impose au système nerveux un travail dont il n'est pas capable; mais au traitement au lit, on associera les calmants, les bains, le massage, la digitale, l'antipyrine, les narcotiques. Trois courants d'opinion se manifestent.

MM. Rayner, Rivers, Nicolson, admettent le traitement au lit chez les épileptiques agités par suite de la suractivité réflexe et de l'exagération de la circulation, chez les maniaques et chez les mélancoliques, surtout si, comme Krœpelin parait l'avoir démontré, l'activité physique fatigue l'organe psychique. MM. Bandford, Cooke, Drapes, Conolly Norman, Robertson, seraient surtout partisans du mouvement. On est loin, disent-ils de la panacée que l'on recommande, peu de mélancoliques et de maniaques sont justiciables du traitement au lit; la plupart des aliénés au contraire doivent être

(1) XXV[e] congrès de la Société psychiatrique de l'Allemagne du Sud-Ouest, 12 novembre 1893.

(2) *Contribution à l'étude du traitement sans contrainte et du séjour au lit des aliénés* (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatr.* t. 49).

(3) Association scientifique des aliénistes et neuropathologistes de la clinique de Saint-Pétersbourg.

(4) *Régime de l'alitement dans le traitement des aliénés.* (Société des neuropathologistes et aliénistes de Moscou, 24 novembre 1895).

(1) *Journal of mental science*, octobre 1895.

soumis à des dérivatifs physiques et à la distraction ; chez le mélancolique, le traitement au lit prolongé a de mauvais résultats, produit la déchéance, tandis que les aliénés épuisés bénéficient du mouvement en liberté, parce que, le cerveau étant un organe complexe dans lequel tous les organes du corps sont représentés, le traitement au lit supprime l'activité des centres moteurs mais non celle des centres psychiques placés au contraire, par le traitement au lit, dans des conditions favorables d'activité ; l'expérience de Krœpelin comporte tout aussi bien la conclusion de la nécessité d'un mouvement physique actif et étendu. MM Rayner, Yellowlees, Andriezen, Urquhart, Savage font remarquer qu'il y a des variantes dans le traitement au lit, qu'il est impossible d'en tracer les règles générales, que, si le traitement au lit n'a pas donné de mauvais résultats, le massage non plus, que tous les états aigus sont justiciables du massage, qu'après avoir exalté le travail des champs on se propose de faire de l'asile un hôpital et qu'on veut tout sacrifier au traitement au lit : en réalité, cela dépend des cas, et la *mode* est déplorable en fait d'assistance des aliénés; *il ne faut pas plus se livrer au hasard à aucun système de traitement qu'il ne convient d'exagérer les distractions des aliénés, qui finissent par les trop exciter.*

Avec J. Krayatsch (1) (*Jahrbücher f. Psychiatrie*, t. 14, 1896), nous voyons que, sur 42 aliénés chroniques (atteints de folie systématique, troubles intellectuels secondaires, folie périodique) il a calmé l'agitation, au moyen du traitement au lit, des deux tiers d'entre eux, qu'il a pu se passer de l'isolement, mais qu'il lui a fallu un infirmier par quatre malades. Il faut cependant tâtonner, dit M. G. Bolling (2) ; l'aliéné qu'on ne peut occuper ou dont l'état s'aggrave quand on essaie de l'occuper, peut, quand il est calme, être constamment surveillé tout en restant levé le jour, tandis que les agités et malades nuisibles, qui doivent être soumis à une surveillance continue de jour et de nuit, se trouvent bien du repos au lit diurne et nocturne, de même que les malades récemment admis et dont l'aliénation mentale est récente. M. W. de Bechterew (3) admet, en thèse générale, que le traitement au lit agisse sur la sphère affective du malade, en en éloignant les impressions superflues et en le préservant de l'épuisement physique ; mais, si ce traitement simplifie les installations, en transformant l'asile en hôpital, s'il restreint l'étendue de la surveillance, en la facilitant, s'il calme l'aliéné par action matérielle et morale, il le confine trop et tue celui qui est déprimé ou dont la nutrition est défectueuse.

Dehio concentre le terrain du débat (4). Aujourd'hui tout quartier de surveilance continue comportera, d'abord la section proprement dite, puis une salle spéciale d'une huitaine de lits pour les agités, comme à l'Asile de Lauenbourg, une autre encore pour les infirmes alités et les aliénés atteints d'affections incidentes ; on soumettra au traitement par le lit les aliénés insociaux et ceux qui sont sujets à des accès d'agitation. De sorte qu'il y a lieu de considérer trois types :

1° Le type de De Gudden : *a*) deux salles communiquant entre elles; *b*) une salle de bains ; *c*) des closets ; *d*) des chambres d'isolement; pas de salle de réunion. C'est le type de l'Asile de Lauenbourg. 2° Le type lazaret : *a*) deux salles séparées par des chambres d'isolement ou la salle des bains ; *b*) des closets ; *c*) une salle de réunion; *d*) un vestibule. 3° Le type de l'Asile d'Alt-Scherbitz ; salles de réunions disposées d'une certaine façon (voyez *suprà*). Le type de De Gudden serait le meilleur, à la condition que les agités et les aliénés atteints de maladies incidentes soient traités dans des chambres d'isolement et non dans le quartier même de la surveillance continue.

Le procès des cellules est fait par T. Bogdan (1) qui cependant les utilise encore en les transformant en chambres à coucher, dont on aura soin de laisser la porte ouverte. Il alite aussi tous les agités, les force à rester au lit en leur donnant des bains prolongés de 35° d'une durée de 2 à 3 heures, au besoin renouvelés, jusqu'à ce que le malade ait soif de repos ; pour le maintenir au bain, on emploie encore, s'il cela est nécessaire, la camisole. Il obtient ainsi d'excellents résultats. Il guérit aussi le gâtisme (?) à l'aide de lavements qui empêchent la coprostase, origine du gâtisme (?) ; on peut et doit donner, dans ces conditions, des matelas imperméables.

Car il est entendu qu'il est barbare d'isoler. C'est M. Wattenberg qui le dit (2). A cet instrument de barbarie, qui n'a pour tout avantage que de suppléer au manque de personnel et de place, il faut substituer le traitement au lit dans les quartiers de surveillance continue. Mettez au lit, horizontalement étendus, tous ceux qui jettent le désordre, sont excités ou d'allures insolites, qu'ils soient mélancoliques, maniaques, hallucinés, fous systématiques, paralytiques généraux, ou simples déments, généralement vous les calmerez. Bien plus, tout nouvel admis passera un certain temps, profitable, au quartier de la surveillance continue, au lit. Tout malade qui, néanmoins, ne se calmera pas, qui malgré tous les soins, ne pourra être maintenu au lit, qui, par ses cris et son agitation, exercera sur l'entourage une influence perturbatrice, sera soumis à... une *judicieuse répartition*. Celle-ci, nous la connaissons. M. K. Heilbronner (3) nous la détaille complaisamment.

Le traitement au lit, dit-il, réduit l'isolement au mininum. Scholz (*Reforme der Irrenpflege*, Leipzig, 1896) et Wattenberg (*suprà*) veulent même tout à fait supprimer les cellules. Les malades qu'on aurait isolés autrefois doivent être mis dans les salles des quartiers de surveillance continue dues à Parchappe, de Gudden et Pœtz ; ces quartiers primitivement ne devaient pas recevoir d'agités et de turbulents, actuellement il faut y mettre

(1) *Bettbehandlung chronisch geistesgestœrter.*
(2) *On anvandande af sänghvilan för behandling af sinnesjuka. — Hygiea* 1896, t. 58.
(3) Association scientifique des neuro-pathologistes et aliénistes de S.-Pétersbourg. 24 octobre 1896.
(4) Quartiers de surveillance. (*Société psychiatrique du Nord-Est de l'Allemagne*, Zoppot, 13 juin 1896).

(1) *Contribution à l'étude des soins à donner aux aliénés* (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, t. XIX, NF VII, 1896).
(2) *Sollen wir isoliren? Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, t. 52, 1896.)
(3) *Bettbehandlung und Einzelzimmerbehandlung.* (*Allg. Zeitschr. für Psychiatrie*, t. 53, 1897.)

tous les malades y compris ces derniers. Là gît toute la question. Comment faut-il donc construire et organiser le service ? A la clinique de Breslau (1), où l'on reçoit 200 malades, les deux tiers ou les trois quarts sont soumis au *regime de l'alitement continu*. On a d'abord le grand quartier de surveillance par excellence — puis, une salle pour les grands agités au lit,—une autre salle pour les gâteux alités; — chez les femmes en outre, il existe un quartier pour les malades très propres et très ordonnées — soit, trois locaux *d'isolement* dits *chambres de repos* à grandes fenêtres contenant à peu près le nombre de lits, sept à huit, demandé par Neisser (*Berlin Klin. Wochenschrift* 1890). Ce mode d'assistance est une véritable hospitalisation, au sens propre du mot, qui fournit le repos nécessaire contre les excitations. C'est une forme de la *parcellisation* ou division du pavillon de surveillance continue de Krœpelin (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat*, t. 51), supérieur à l'isolement partiel optique, c'est-à-dire apparent de Rieger (*Klin. Jahrbücher*, t. 5) qui se contente de diviser la grande salle de surveillance continue à l'aide de paravents. C'est un isolement qui ne rabaisse pas la dignité humaine (Wattenberg) puisqu'il a un but éminemment thérapeutique.

Isolez d'ailleurs moins ceux qui causent du désordre que ceux qui sont le plus troublés; isolez les plus gravement atteints sur lesquels vous fondez les plus riches espérances. Et continuez à les soumettre, isolés, à l'alitement continu. Comment? Sur la possibilité de ce résultat, Neisser (*loc. citat.*) émet des doutes; on y réussit (à les aliter) en commençant, avant de les isoler, par les habituer à se coucher, en ne leur donnant pas leurs vêtements dans la chambre d'isolement ou en ne leur donnant que des vêtements de dessous, en leur attachant un gardien du quartier de la surveillance continue. Si, pour des raisons de service, la surveillance individuelle de l'isolé est impossible, si le malade est trop confus, s'il refuse à dessein le lit, pour un motif délirant, laissez-le au quartier de la surveillance continue, sans même l'y tenir au lit. Il est entendu que la surveillance continue des chambres d'isolement n'est praticable que lorsque celles-ci restent étroitement unies au reste du quartier, tout en en étant séparées de façon à éloigner les influences qui agitaient le malade dans les grandes salles (Paetz, *loc. cit.* et *Kolonisirung der Geisteskranken*. Berlin 1893), comme à Alt-Scherbitz. Il faut un nombre suffisant de gardiens, et dans les salles de garde, et dans les cellules, il faut surtout que ce personnel se déplace souvent entre les salles et les chambres d'isolement. Il faut bien assurer la veille de nuit, en doublant, par exemple, le personnel la nuit, sinon, mieux vaut la nuit transporter l'isolé dans la salle où l'on veille. Chez nous, en tout cas (c'est toujours M. Heilbronner qui parle) l'agitation est considérablement plus faible la nuit que le jour, même dans nos quartiers d'agités. Enfin on peut associer à ce système, les bains prolongés, le drap mouillé, l'alcool (surtout la bière forte), les narcotiques. Suit la description de la construction de l'aménagement, de l'ameublement des chambres d'isolement, qui n'a rien de bien nouveau, et tend à en faire des chambres munies d'engins de sécurité déguisés, dont on laissera la porte ouverte ou à demi ouverte (appareil spécial propre à empêcher les irruptions brusques des malades), selon le genre, le caractère de la maladie et du malade, et qui, toujours auront leur lit de repos à terre ressemblant à un lit garni de ses draps blancs.

Bien persuader au personnel que la surveillance de la chambre d'isolement doit être plus minutieuse encore que celle du quartier d'attache de la surveillance continue. Un nombreux personnel est de rigueur; un infirmier par cinq et même par quatre malades.

Nous terminerons par les dernières expériences de l'*Association scientifique des neuropathologistes et aliénistes de la clinique de Saint-Pétersbourg*. MM. Trapetnikow et Ossipow ont, le 11 mars 1897, annoncé que les hommes s'accoutument généralement à l'alitement continu, qu'ils dorment au total davantage, mais moins la nuit, qu'ils diminuent d'abord de poids pour récupérer ensuite ce qu'ils avaient perdu, qu'ils tendent à se masturber plus, et que ce traitement n'a pas eu d'influence sur la durée et l'issue de la maladie (traitement de 29 aliénés de toute espèce). Les femmes aussi s'y habituent bien, la surveillance des malpropres est plus aisée, le traitement a exercé une action tantôt favorable tantôt défavorable sur l'état mental, elles ont également perdu de leur poids du fait du séjour au lit, elles ont moins dormi, ont eu moins d'appétit, ont été plus constipées, ont dû tout aussi souvent prendre des narcotiques; on n'a, somme toute, pas encore pu saisir d'indications scientifiques générales (traitement de 16 aliénées de toute nature).

Ce n'est donc *pas un type méthodique de traitement*; il ne supprime pas l'isolement; s'il en change l'aspect, plus aimable, il faut, comme devant, séparer les agités des tranquilles; il conviendrait d'en connaître la réelle action sur les échanges nutritifs : tel est l'avis de M. de Bechterew. M. P. Rosenbach conclut que l'alitement exerce plutôt une action négative et facilite simplement l'assistance des aliénés.

Nous nous bornerons à cet *historique*. La façon dont nous l'avons présenté porte en elle les germes d'une étude critique. L'application du système est affaire d'argent et peut être aussi de localités. C'est plus grave et plus coûteux que d'essayer un médicament.

P. Keraval.

(1) La population moyenne de cet établissement est de neuf cents malades.

Hôpitaux de Paris — *Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les Elèves internes en pharmacie pour l'année* 1898-1899. — MM. les Elèves internes en pharmacie actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés a la suite du concours de cette année, sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, à l'amphithéatre de l'Administration centrale, avenue Victoria, nº 3, à leur classement et à leur répartition dans les établissements hospitaliers pour l'année 1898-1899, savoir : Pour MM. les Internes de 2e, 3e et 4e année, le samedi 25 juin, à deux heures; pour MM. les Internes de 1re année, le mardi 28 juin, à deux heures MM. les Elèves devront se présenter eux-mêmes pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

Service de santé de la Marine. — Ont été promus au grade de médecin principal : 2e tour (choix). M. Mercié, médecin de 1re classe. — Au grade de médecin de 1re classe : 2e tour (ancienneté). M. Lafaye de Michaux, médecin de 2e classe.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 juin. — Présidence de M. Bourquelot.

M. H. Meunier donne un *nouveau procédé de culture du bacille de l'influenza*, qui est l'application d'un fait d'histoire naturelle curieux et pouvant jouer un grand rôle dans l'histoire des microbes. On sait que le cocco-bacille de Pfeiffer donne lieu à des colonies à peu près invisibles à l'œil nu tant elles sont petites. Si dans ces cultures on surpique du staphylocoque doré, les cultures du bacille deviennent très volumineuses et apparaissent avec beaucoup de netteté. D'autres bactéries agissent comme le staphylocoque, mais d'une façon moins active.

MM. Morel et Rispal (de Toulouse) adressent une note *sur la pourriture d'hôpital* ou diphtérie des plaies. Ayant eu l'occasion de rencontrer un cas de cette affection, ils ont trouvé en abondance sur la surface de la plaie le microbe de Klebs-Lœffler. En conséquence, un traitement par le sérum antidiphtéritique fut institué et la malade guérit.

M. H. Claude a étudié histologiquement la *péritonite qui se développe chez le lapin* à la suite de l'injection de cultures virulentes de bacille pyocyanique, et il a constaté la formation d'un exsudat fibrineux qui était peu à peu pénétré par l'endothélium et transformé en tissu conjonctif.

M. Imbert (de Montpellier) présente la radiographie du bassin dans un cas de grossesse extra-utérine.

M. Sabrazès (de Bordeaux). — *Action du suc gastrique sur les propriétés morphologiques et sur la virulence du bacille de Koch.* — Le suc gastrique n'a pas modifié d'une façon appréciable, ni dans sa forme, ni dans ses propriétés colorantes le bacille de la tuberculose préalablement traité ou non par l'alcool et par l'ether; la réaction des peptones, dans les liquides de digestion, est toutefois un peu plus marquée que dans le suc gastrique employé, ce qui témoigne d'une action très faible de la pepsine sur le bacille. La plus grande partie des éléments qui constituent la cellule bactérienne ne sont donc pas digérés par le suc gastrique et se comportent à ce point de vue comme la cellulose et aussi comme les nucléines; or les nucléines, d'après des recherches récentes, entrent pour une grande part dans la composition chimique des bactéries. Ces constatations aident à comprendre la résistance des microbes à l'action digestive du suc gastrique, elles plaident aussi en faveur de l'importance nucléaire du corps des microbes. Le bacille tuberculeux ne perd dans le suc gastrique sa vitalité et sa virulence qu'au bout de 36 heures, ainsi que l'avaient déjà établi MM. Straus et Wurtz; il peut dès lors être introduit sous la peau du cobaye sans déterminer de lésion locale; mais après chaque injection, l'animal subit une perte de poids relativement considérable qui se répare néanmoins. La réceptivité du cobaye soumis à ces injections, loin de diminuer, augmente. A. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 juin. — Présidence de M. Jaccoud.

Prophylaxie de la tuberculose.

M. Chauvel soumet à l'Académie les propositions suivantes touchant la prophylaxie de la tuberculose dans l'armée. L'Académie demande : 1° Au conseil de revision, plus de sévérité dans les admissions au service armé ; l'exemption des tuberculeux avérés; l'ajournement des sujets débiles ou suspects de tuberculose latente ; 2° aux bureaux de recrutement, plus de rigueurs dans les engagements volontaires ; l'existence d'une aptitude physique complète et non relative pour les sujets de moins de vingt ans ; 3° la réforme temporaire pour les tuberculeux au premier degré sans expectoration, et pour les hommes chétifs, candidats désignés à la tuberculose ; 4° la réforme définitive dès que les crachats contiennent le bacille de Koch ; 5° l'application, dans les casernes, des mesures de prophylaxie appropriées; 6° l'Académie juge nécessaire d'assurer, par des crédits suffisants, l'augmentation de la ration alimentaire, et l'exécution des prescriptions relatives à la salubrité des casernes : accroissement du volume d'air attribué à chaque homme, réfection et imperméabilisation des parquets, désinfection des locaux et du mobilier, etc. Les conclusions formulées par les divers orateurs qui ont pris part à la discussion du rapport de M. Grancher sont renvoyées à la Commission, pour y être, dans la séance de jeudi prochain, discutées et fondées. Elles seront soumises de nouveau à l'Académie, dans quinze jours.

Radiographie dentaire.

M. Laborde présente des radiographies dues à M. Pickievicz et montrant bien certaines altérations des dents.

Elections.

M. Barella (de Bruxelles) et Petrini (de Galatz) sont élus correspondants étrangers par 46 voix et 38 voix sur 57 votants. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 juin 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Hydarthroses des petites jointures d'origine infectieuse.

M. Milian présente une malade atteinte d'hydarthrose chronique des petites articulations des phalanges et des phalangines. Cette malade, analogue à une autre présentée récemment à la Société par M. Gaillard, était encore atteinte de synovite tendineuse des muscles extenseur et abducteur du pouce, d'un léger épanchement des genoux, d'une faible hypertrophie des calcaneums et d'une talalgie assez pénible. M. Milian attribue l'origine de ces troubles à une vaginite blenorrhagique.

Méningite à pneumocoque.

M. Sevestre a soigné un enfant de 13 ans qui, au cours d'une maladie pleuro-pulmonaire présenta des signes très nets de méningite (vomissements, ralentissement du pouls, raideur de la nuque) De l'hémiplégie droite et de l'aphasie survinrent au bout de trois jours. Des bains froids, puis des bains tièdes formèrent le fond du traitement. Après peu de jours, la paralysie s'amenda, tous les symptômes méningitiques disparurent et la guérison fut complète. Malgré l'absence de recherches bactériologiques, M. Sevestre croit pouvoir affirmer que cette méningite était d'origine pneumococcique.

M. Netter partage l'opinion de M. Sevestre. La méningite à pneumocoques peut guérir et ne suppure pas fatalement.

M. Rénon, à ce sujet, cite un cas de méningite chez un enfant de 14 mois, ayant tout d'abord évolué sans fièvre comme un simple embarras gastrique.

Lésions des centres nerveux consécutives à l'arrachement des nerfs.

M. Gilbert Ballet lit une note de M. Marinesco pour compléter une communication récente où il prétendait que les lésions centrales cellulaires produites chez le lapin après l'arrachement du nerf grand hypoglosse, différaient des lésions cellulaires déterminées par la section. De nouvelles expériences consistant en l'arrachement du sciatique chez le chien lui ont permis de constater que les lésions cellulaires subissaient une évolution, que, d'autre part, les lésions variaient avec le mode d'arrachement. Un arrachement incomplet du nerf, consistant en un déchirement sur une certaine étendue, donne lieu à des lésions assez semblables à celles provoquées par la section.

J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 juin 1898. — Présidence de M. Berger.

Suite de la discussion sur les hématuries rénales.

M. Nimier rapporte plusieurs cas où il a rencontré des hématuries s'accompagnant de lésions rénales insuffisantes pour les expliquer.

M. Routier a observé un cas de ces hématuries *sine materiâ*. Le rein en cause paraissait absolument sain, mais au microscope, M. Pilliet trouva au niveau d'une papille un petit tubercule qui était le point de départ des hématuries.

M. Potherat rapporte deux cas d'hématuries dites essentielles. Il s'agit d'abord d'une femme chez qui la constatation d'un rein gros et bosselé fit croire à l'existence d'un néoplasme rénal. La néphrectomie fut pratiquée; le rein était, en effet, gros et bosselé et la tumeur semblait bien évidente, mais à la coupe le tissu paraissait absolument sain. Durant les quatre jours qui suivirent l'opération, la malade présenta une anurie dont la signification était d'autant plus grave que l'état de l'autre rein restait inconnu. La sécrétion urinaire reprit son cours sous l'influence de la théobromine. Mais la mort survint plus tard par urémie. Dans l'autre cas, il s'agit d'une jeune femme émettant des urines noires, très anémique. En l'absence de douleur, le diagnostic est difficile. La cystoscopie permit de reconnaître que le sang provenait du rein droit. Sous l'influence du cathétérisme de l'uretère, les hématuries ont cessé. M. Potherat conclut qu'il faut agir avec beaucoup de réserve dans les cas de ce genre, car il y a souvent des lésions de néphrite interstitielle et le rein qui reste est lui-même plus ou moins atteint.

M. Gérard-Marchant pratique en pareil cas la taille rénale. Ayant vu dans un cas que le rein ne présentait à la coupe que des lésions de néphrite interstitielle, il s'est contenté de le refermer et le malade a guéri. Par la suite, il a présenté des accidents tuberculeux articulaires.

M. Reynier, dans un cas d'hématuries consécutives à un traumatisme, a pratiqué la section du rein et n'a rien trouvé. Le malade a guéri, mais aujourd'hui il est tuberculeux. Dans un autre cas, les hématuries étaient liées à l'existence d'une petite caverne tuberculeuse, qui, en raison de son enkystement, ne modifiait en rien l'état des urines. Ces hémorragies sont dues au voisinage de l'ulcération, comme celles de la phtisie pulmonaire. Il ressort de la comparaison d'un grand nombre de ces cas d'hématuries dites essentielles, que plusieurs des sujets qui en sont atteints font plus tard de la tuberculose. Aussi quand on observe pareils accidents chez des sujets jeunes, doit-on redouter la tuberculose rénale au même titre qu'une hémoptysie doit faire craindre l'éclosion de la tuberculose pulmonaire.

De la cholédochotomie pour lithiase biliaire.

M. Quénu est partisan de l'ouverture du cholédoque suivie de drainage, et il n'est pas d'avis de refermer le canal par des sutures. Depuis le mois de décembre 1897, il a pratiqué trois fois l'opération par ce procédé. Des trois opérés, l'un est mort du fait de l'épuisement. Les deux autres ont guéri; ils présentaient une obstruction calculeuse très ancienne et des lésions concomitantes du foie rendant l'opération difficile. Il s'agit dans l'un des cas d'une femme de 55 ans, présentant tous les signes de la lithiase (ictère chronique) avec état général grave (amaigrissement, ascite). Le foie est très gros. Elle est opérée le 9 décembre par une incision latérale. La vésicule reste introuvable. Le doigt porté dans l'hiatus de Winslow reconnait un calcul dans la portion sus-duodénale du cholédoque. Le volume du foie gêne beaucoup l'opération. M. Quénu signale une autre difficulté créée par l'inflammation chronique du péritoine entourant les voies biliaires. Le cholédoque est enserré dans des adhérences; la rétraction de l'épiploon gastro-hépatique a pour effet de rapprocher la petite courbure de l'estomac du sillon transverse du foie et l'accès du cholédoque en est d'autant plus difficile. Le calcul enlevé, un drain est placé dans la cavité du canal. Une collerette faite en rapprochant les adhérences voisines protège le trajet et empêche la pénétration de la bile dans le péritoine. Ce trajet livre passage à l'écoulement d'une bile septique. Le drainage ainsi pratiqué constitue le meilleur moyen de lutter contre l'infection des voies biliaires. La fistule biliaire fut difficile à fermer et mit deux mois à s'oblitérer. Dans le second cas les suites furent plus simples. Il s'agissait d'une religieuse, présentant toute la série des accidents hépatiques. L'opération est rendue très pénible par la quantité des adhérences : le péritoine pariétal est soudé au côlon transverse, si bien que la cavité du péritoine paraît fermée. Il est impossible de trouver un point de repère quelconque dans cet amas d'adhérences. On perçoit pourtant une induration au niveau de l'hiatus de Winslow. En incisant avec prudence, on retire un calcul en forme de poire. Le trajet est limité par la suture des adhérences. Il s'en écoule une grande quantité de bile septique. Au bout de trois semaines, la fistule était tarie et la guérison était complète. Ces deux cas sont remarquables par les altérations du foie qui ont rendu l'opération difficile. M. Quénu a aussi observé ce fait intéressant à savoir la persistance des pigments biliaires dans les urines durant une quinzaine de jours malgré le drainage. Il semble donc que l'obstruction calculeuse ne soit pas seule en cause pour produire l'ictère par rétention. On peut invoquer des obstructions partielles siégeant au-dessus du calcul principal. L'écoulement d'une *boue biliaire* se produisant dans les premiers moments apporte encore un point d'appui à cette manière de voir.

M. Routier se rattache à l'opinion de M. Quénu. Il a observé que l'état de la vésicule, en cas de lithiase, pouvait être bien différent, et dans un cas la loi de Courvoisier l'a mis en erreur. La vésicule, loin d'être ratatinée, se trouvait très distendue, kystique, sans contenir de calculs. Si bien qu'on crut à un cancer du pancréas, d'autant plus volontiers que le doigt sentait une induration au niveau de la tête de cet organe. Un autre noyau était perçu au hile du foie et permettait de croire à une localisation secondaire au foie. On s'en tint donc là. Le malade mourut de collapsus. Or, à l'autopsie, on reconnut que les noyaux indurés n'étaient autres que deux calculs. Ici, la loi de Courvoisier s'est donc trouvée en défaut et c'est l'état de distension de la vésicule qui a causé l'erreur.

M. Schwartz a opéré un malade par l'ouverture du cholédoque sans sutures. Il avait des accès fébriles intenses, intermittents et présentait une cachexie assez marquée. Malgré l'absence d'ictère, on pensa à la lithiase et l'opération fut pratiquée. Le foie, criblé d'abcès miliaires, avait un aspect caractéristique. Un calcul fut extrait du canal cholédoque. Celui-ci fut laissé ouvert et un drain fut passé dans son bout supérieur. Une grande quantité de bile s'en écoula, 600 grammes par jour environ. Le drain fut retiré au bout de 12 jours. La fistule s'est fermée, dès que le malade s'est levé. M. Schwartz est d'avis qu'il vaut mieux laisser le canal ouvert comme le fait Kehr, que de recourir aux sutures.

Présentations de malades.

M. Bonamy, interne de M. Tuffier, présente un malade qu'il a opéré d'une hernie étranglée par la résection de l'anse intestinale gangrenée. — M. Michaud présente un enfant opéré de macrostomie. — M. Reynier présente une jeune fille chez qui il a pratiqué l'amputation de Pasquier-Lefort pour tuberculose du tarse.

M. Picqué montre un rein enlevé par néphrectomie, qui présente des lésions intéressantes. Il s'agit d'une tumeur qui faisait une énorme saillie occupant le flanc droit. M. Brault pense qu'il ne s'agit pas d'un néoplasme mais d'un kyste hématique para-rénal, sorte d'angiome kystique, dans l'intérieur duquel s'était faite une hémorragie. P. Rellay.

Séance du 15 juin 1898. — Présidence de M. Berger.

Cholédochotomie pour lithiase biliaire.

M. Ricard a opéré, il y a 4 ans, un malade atteint de lithiase biliaire par les cholédochotomie. Les suites furent très simples. Mais en ces temps derniers, ce malade présentaient des signes d'infection biliaire (ictère jaune-vert, avec 40°), M. Ricard fit une nouvelle tentative opératoire. Dès l'incision de la peau, il se fit une hémorragie en nappe abondante. La vésicule biliaire, le cholédoque, plongés dans une masse cicatricielle formée d'adhérences, sont impossibles à trouver. Ces adhérences donnent lieu dès qu'on y touche à des hémorragies difficiles à arrêter. Ce cas est intéressant, car il montre avec quelle facilité se font les hémorragies au cours des affections hépatiques.

M. Lejars a pratiqué la cholédochotomie chez une femme lithiasique. Un gros calcul siégeait dans le cholédoque à sa partie moyenne. Au lieu d'inciser le cholédoque, M. Lejars

refoula non sans peine, le calcul de bas en haut dans le canal cystique jusqu'au voisinage de la vésicule, qui fut incisée pour permettre l'extraction du calcul. Sa sortie fut suivie d'un afflux de bile. Quelques points de suture furent pratiqués. Le malade guérit fort bien. La fistule se ferma vite. L'écoulement de bile était très faible dés le troisième jour. La suture a eu pour effet d'éviter un long écoulement de bile.

Occlusion intestinale par torsion de l'iléon.

M. ROUTIER lit un rapport sur les cas d'occlusion de l'iléon autour du mésentère, cas rapportés par M. Delbet (Voir *Progrès médical*, n° du 4 juin 1898, Société de Chirurgie). Dans l'un des cas, M. Delbet fit une entéro-anastomose et fut surpris de voir à l'autopsie qu'elle unissait les deux points extrêmes de l'iléon, l'anse jéjunale et l'anse cæcale. Il reconnut alors la disposition de l'intestin, qui avait exécuté une torsion de plus d'un tour, et parvint à le remettre en place en le faisant tourner en sens inverse. Instruit par ce cas, il put guérir un second malade de son occlusion en recourant à ce mouvement de rotation. Ces faits, non décrits jusqu'ici, donnent lieu à des considérations anatomiques et cliniques intéressantes.

Le mécanisme de la torsion de l'intestin est difficile à expliquer. La torsion se fait dans le sens dextrogyre. L'occlusion porte sur deux points de l'iléon, sur le jéjunum qui se trouve coudé et sur l'anse cæcale, qui se trouve étranglée par une lame péritonéale. Le péritoine pariétal, entraîné avec le mésentère, forme deux brides enserrant l'iléon. On voit deux anses de l'intestin grêle s'engager sous la bride; l'une est distendue, l'autre aplatie et vide. Cette disposition peut faire croire à une hernie rétro-péritonéale, erreur grave, car les moyens de réduction échouent. Le diagnostic se fait par l'absence de collet, l'existence de deux brides. Comme particularités cliniques, il faut signaler la rapidité d'apparition du météorisme, l'absence de vomissements fécaloïdes, la production d'un épanchement péritonéal par stase veineuse. Pour traiter cette variété d'occlusion, il convient de faire l'éviscération complète de l'iléon et de pratiquer sa détorsion par un grand mouvement de rotation en sens inverse de celui des aiguilles d'une montre.

M. BOUSQUET (de Clermont-Ferrand) rapporte l'observation d'un malade chez lequel il a pratiqué l'ablation d'une *tumeur de l'estomac* avec bons résultats.

Opération de la fistule vésico-vaginale.

M. NELATON s'est trouvé en présence d'un cas de fistule vésico-vaginale présentant de grandes difficultés opératoires. Il s'agit d'une femme, accouchée il y a 4 ans, après 4 jours de travail. Après l'accouchement, elle resta 24 heures sans uriner. Ensuite, l'urine s'écoula par le vagin. Elle se fit soigner à l'hôpital d'Angers; elle porte la cicatrice d'une laparotomie, mais il est impossible de savoir le genre d'opération qui fut pratiqué alors. Quand M. Nélaton vit cette malade, il trouva le vagin allongé et rétréci; il était resserré au point que la fistule était impossible à voir; on ne s'en rendait compte que par l'exploration digitale. Il reconnut ensuite qu'une sonde introduite dans l'urètre par le méat venait sortir dans le vagin, en un point situé au-dessous de l'orifice de la fistule.

Il existait donc en réalité un véritable arrachement de l'urètre et il s'agissait d'en réunir les deux bouts. En présence de cette complication, M. Nélaton demanda conseil à plusieurs de ses collègues, MM. Michaux, Chaput, Richelot, et après avoir médité leurs avis, il entreprit l'opération suivante. Pour se donner un libre accès dans le vagin, il y pratique une brèche latérale, en faisant, comme le conseille M. Chaput, une longue incision latérale, s'étendant de la fourchette jusqu'au col de l'utérus. Cette brèche procure un large écartement et met le plan vaginal antérieur sous les yeux.

Ce premier temps pratiqué, M. Nélaton saisit le col de l'utérus avec une pince et le décolle comme pour le premier temps de l'hystérectomie vaginale, pour pouvoir accoler sa muqueuse à celle du vagin, de façon à isoler l'urètre. Il avive alors la portion intermédiaire qui sépare les deux bouts de l'urètre et suture l'un a l'autre les deux orifices. Par dessus cette suture urétro-vésicale, il pratique une suture vaginale en y accolant la muqueuse cervicale. Les résultats de l'opération sont excellents. La malade conserve ses urines quand elle est couchée. Quand elle est debout, elle ne les conserve qu'une heure, car le sphincter urétral fait défaut.

M. CHAPUT recommande de faire le débridement préliminaire du vagin au moyen d'un couteau coupant par transfixion la paroi latérale du vagin depuis la fourchette jusqu'au col. Il suffit de quelques pinces pour se rendre maître de l'hémorragie. Ce débridement donne beaucoup de jour; s'il ne suffit pas, on peut le faire bilatéral.

Castration pour tuberculose testiculaire.

M. BEURNIER a opéré un jeune homme qui présentait une infiltration tuberculeuse de l'épididyme droit se prolongeant dans le canal déférent. Il n'avait aucune autre localisation bacillaire. M. Beurnier, pour faire une opération complète, dut disséquer le canal déférent jusque dans l'abdomen après avoir incisé le canal inguinal. La portion de canal déférent extirpée mesurait avec le testicule une longueur de 25 centimètres.

Péritonite tuberculeuse à forme d'occlusion intestinale.

M. LEJARS rapporte deux faits de péritonite tuberculeuse à marche aiguë, où il a dû pratiquer une intervention urgente. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 35 ans, vigoureux, présentant depuis 8 jours des signes d'occlusion (ventre ballonné, vomissements fécaloïdes, arrêt des matières et des gaz). A la laparotomie, on trouve l'épiploon farci de granulations tuberculeuses. Le ventre est refermé. Cinq heures après, se produit une débâcle. Dans le second cas, c'est une femme de 40 ans, présentant des signes de péritonite généralisée avce 39°, que l'on attribue à une appendicite. Une incision iliaque montre que l'appendice est sain, mais que le cæcum est couvert de granulations. Cette malade, qui était mourante, guérit néanmoins. Voici donc deux cas de péritonite tuberculeuse à type inflammatoire, où la simple laparotomie a suffi pour mettre fin à un état grave.

M. POIRIER a observé un cas calqué sur la première observation de M. Lejars. M. Poirier fit un anus iliaque. Le péritoine était semé de granulations. Or, aujourd'hui, 9 mois après l'opération, le malade a engraissé; il a le ventre souple, sauf au niveau du cæcum.

M. ROUTIER a opéré une femme chez qui on avait diagnostiqué une appendicite. Le cæcum et l'appendice étaient sains. L'épiploon était couvert de granulations et on sentait deux gros ganglions iliaques. La malade guérit.

Présentation de malades.

M. QUÉNU présente une malade à qui il a extirpé le rectum par la voie abdomino-périnéale sur une grande étendue. La ligature préalable des deux artères hypogastriques lui a permis de faire l'opération sans perte de sang.

M. POTHERAT présente un malade chez lequel il a enlevé l'appendice dans des circonstances assez curieuses. Ce malade était porteur depuis longtemps d'une double hernie. Un jour la hernie du côté droit devint douloureuse. A l'opération, M. Potherat trouva une pointe de hernie et dans l'intérieur du sac une masse allongée, qui n'était autre que l'appendice. Ce dernier contenait un magma puriforme, au centre duquel se trouvait une parcelle métallique. P. RELLAY.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 8 juin 1898. — PRÉSIDENCE DE M. PORTE.

Toxicité du naphtol camphré.

MM. DESESQUELLE et LEGENDRE rappellent que dans les tuberculoses locales et même dans la péritonite tuberculeuse, on a fait des injections de naphtol camphré, parfois assez abondantes (jusqu'à 100 grammes). Des troubles bénins, tels que des érythèmes, de plus graves (lipothymies, attaques épileptiformes, etc.), même la mort, ont été attribués à ces injections. Les expériences qu'ils ont faites leur permettent de conclure que, chez un adulte, on ne doit jamais administrer en un jour plus de 1 centimètre cube de naphtol camphré par voie gastrique; qu'il est nécessaire, dans ce cas,

de mélanger le médicament à une quantité assez grande de véhicule pour éviter une irritation trop vive de l'estomac; que les injections interpéritonéales ne doivent pas dépasser 5 centimètres cubes, et qu'il est encore préférable de fractionner cette dose; enfin, qu'on peut avec avantage administrer aux phtisiques 35 centigrammes de naphtol camphré sous forme de suppositoire.

Essence de Niaouli.

M. Dubousquet-Laborderie expose les avantages thérapeutiques de l'essence de niaouli, qui est un succédané de l'essence d'eucalyptus. J. N.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Séance du 16 mai 1898. — Présidence de M. Benoit, Conseiller à la Cour.

Le Secrétaire général fait connaître qu'à la fin du Congrès de Moscou, une commission permanente a été nommée en vue de préparer les travaux du Congrès international qui doit se tenir à Paris en 1890.

La section de Médecine légale s'est déjà réunie sous la présidence de M. Brouardel. Le secrétaire général demande aux membres de la Société des indications pour l'élaboration d'un programme, il donne lecture des questions déjà adoptées. Huit questions ont été posées parmi lesquelles on relève : De la mort accidentelle par l'électricité Des traumatismes du cœur. Des gros vaisseaux et de la paroi thoracique.

De l'intervention chirurgicale chez les aliénés au point de vue médico-légal.

M. Briand. — Dans cette communication M. Briand passe en revue le degré de liberté laissé à chaque individu dans les différentes conditions qu'il peut occuper dans la vie, devant l'opportunité d'accepter ou non une opération. Il passe ensuite à l'aliéné : 1° *Dans la vie commune.* Une personne majeure jouissant de son libre arbitre reste toujours juge en dernier ressort d'accepter l'opération. Il y a exception seulement pour les individus qui, par suite d'un grand traumatisme cérébral, sont dans un état voisin du coma. Le chirurgien est alors seul juge et agit suivant sa conscience. — 2° *Chez l'enfant.* Ce sont ses parents ou tuteurs dont la volonté se substitue à la sienne dans les cas d'intervention. Cette autorité est souvent bien mal placée. — 3° *A l'hôpital civil.* Les rapports avec le chirurgien sont les mêmes que dans la famille. Si le malade refuse l'opération nécessaire, on peut cependant lui faire choisir entre sa sortie ou l'intervention. — 4° *A l'hôpital militaire.* Ces conditions sont peu changées, mais le malade ne peut choisir son chirurgien, légère atteinte portée à la liberté individuelle. — 5° *Les prisonniers* jouissant à peu près de la même liberté que le soldat, sont dans les mêmes conditions.

Comment agit-on envers les aliénés séquestrés dans les asiles ? — L'aliéné est privé de sa liberté (loi du 30 juin 1838) comme le prisonnier ou le soldat et comme eux il n'a pas le choix du médecin. Il est interné dans un asile soit par placement volontaire (article 8 de la loi du 30 juin 1838) ou par mandat préfectoral (article 18).

La nature du placement doit-elle influer sur la décision du chirurgien. Le Dr Billod fait une distinction entre les aliénés des maisons de santé ou des pensionnats et les aliénés des asiles publics. Pour les premiers on doit demander, dit-il, l'assentiment des familles, pour les autres on n'en a aucunement besoin et l'on peut même passer outre si la famille s'interpose.

M. Briand ne reconnait pas cette distinction faite par le Dr Billod. La formule pour l'aliéné de l'asile public doit cependant être soutenue. *Dans le placement volontaire,* la famille, le conseil de famille ou l étranger sont trop incompétents pour pouvoir juger de l'utilité d'une opération ; l'intervention chirurgicale devrait uniquement découler de l'observation étroite du malade sans faire intervenir d'autre préoccupation. *Dans le placement d'office* la famille est souvent inconnue, aussi à plus forte raison le chirurgien ne devra-t-il s'inspirer que de l'état mental de l'aliéné et de la gravité des lésions organiques.

Le chirurgien doit-il tenir compte du refus que pourra lui opposer l'aliéné? — Avec le *placement volontaire* on peut toujours tourner la difficulté en rendant à sa famille un aliéné inoffensif. Mais chez les aliénés placés d'office il en est tout autrement. Après avoir mis sous les yeux de la Société l'observation d'une malade opérée d'un fibrome de l'utérus bien qu'elle s'y soit refusée complètement. M. Briand conclut que le médecin doit mettre tout en œuvre pour combattre même par une intervention les lésions organiques qui peuvent tenir sous leur dépendance l'état mental de l'individu, malgré l'aliéné dont le refus tient le plus souvent à sont état psychique dont il a la complète ignorance. De nombreux exemples montrent toutes les attaques dont sont l'objet les médecins et chirurgiens de la part des aliénés une fois qu'ils sont remis en liberté; attaques dont il n'est pas facile quelquefois de se défendre.

M. Briand montre ensuite que, dans leur rapport adressé au Préfet de la Seine, MM. Pozzi et Picqué, chirurgiens des asiles, mettent en évidence que les opérations faites dans ces huit dernières années ont eu pour but et pour résultat : 1° De guérir des malades en danger de mort quel que soit leur état mental; — 2° De prolonger l'existence, de conserver un membre ou un organe important, de guérir radicalement des malades susceptibles de guérison mentale ; — 3° D'amender souvent ou de guérir quelquefois certaines affections mentales.

En résumé : — 1° Aucune opération ne doit être tentée à la légère chez l'aliéné comme chez l'homme sain ; — 2° Est-on autorisé à tenter dans certains cas une opération à l'insu d'un aliéné ou malgré lui avec ou sans l'assentiment de sa famille? M. Briand, sans poser de conclusions fermes, demande à la Société son avis.

M. Picqué. — Depuis 15 ans, je suis préoccupé de l'imporportante question qui vient d'être soulevée par M. Briand. Je demande à y répondre dans une prochaine séance.

M. Vallon. — Je ne puis admettre pour ma part le critérium que semble proposer M. Briand, à savoir qu'il faut intervenir quand le délire est sous la dépendance de l'affection chirurgicale et s'abstenir dans le cas contraire. En effet, il est souvent très difficile de dire si chez un aliéné atteint d'une affection chirurgicale, le délire est en rapport avec cette affection. A mon avis, la ligne de conduite doit être la suivante : intervenir seulement quand il y a urgence et nécessité.

M. Picqué. — Je crois que la formule est moins simple que ne le pense M. Vallon. Tout le monde est d'accord que l'intervention chirurgicale ne saurait être discutée dans les cas urgents. M. Briand me semble avoir écarté ces cas à juste titre. Ainsi qu'il l'a montré, la difficulté commence en face des aliénés curables et atteints d'affections chirurgicales chroniques mais encore curables par une opération, mais qui ne le seraient peut-être pas si l'on attend le bon vouloir de l'aliéné. Il ne faut pas oublier qu'il est inconscient de son état et par conséquent pas apte à juger son cas.

De plus, il faut se rappeler que des héritiers trop pressés se sont refusés à laisser opérer des parents pour une affection qu'ils savaient devoir entraîner la mort dans un délai plus ou moins éloigné. Ces faits sont plus fréquents qu'on ne le suppose. J'estime par conséquent que les aliénés doivent être souvent défendus par le médecin contre leurs proches parfois trop intéressés à s'élever contre tout ce qui pourrait améliorer leur situation. La législation des aliénés offre à cet égard une lacune qu'il serait désirable de pouvoir combler.

M. le Président. — A première vue il me semble que les aliénés devraient être traités comme des mineurs.

M. Demange voudrait que M. Picqué formulât un texte précis à ajouter à la loi de 1838 et qu'on pourrait discuter.

M. Picqué. — Ce texte découlera plus naturellement lors de la discussion de la question soulevée par M. Briand et dont il deviendra la conclusion.

Séance du 13 juin 1898. — Présidence de M. Benoit, Conseiller à la Cour.

M. Vibert donne lecture d'une lettre d'un confrère qui demande à la Société son avis sur ce point : Dans une expertise consistant en l'examen d'un aliéné, pour laquelle le médecin a été requis par le commissaire de police ou autre personne

ayant droit. Quelle vacation l'expert recevra-t-il? Sera-t-il payé d'après la taxe de la loi de juin 1811 ou celle remaniée par la loi de novembre 1893.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL répond que les vacations doivent être payées suivant le nouveau tarif.

M. SOCQUET. — C'est-à-dire 5 francs par vacation de jour et 6 francs par vacation de nuit pour les grandes villes.

M. MASBRENIER fait cette remarque : que lorsqu'il s'agit d'un aliéné les vacations ne sont payées que suivant l'ancien tarif, dans les grandes villes comme dans les campagnes. La nouvelle taxe n'aurait pas été approuvée par la chancellerie en ce qui concerne les aliénés.

LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL consultera la chancellerie pour répondre au correspondant de M. Vibert.

De l'intervention chirurgicale dans les hôpitaux militaires.

M. GRANDJUX, comme suite à la communication de M. Briand sur l'intervention chirurgicale chez les aliénés, indique comment les choses se passent dans l'armée. Il pose d'abord en principe que, d'après les articles 309 et 319 du Code pénal, les médecins de l'armée, comme les médecins civils, ne sont pas affranchis des poursuites que peuvent leur intenter les militaires pour une intervention trop osée ou imprudente. La responsabilité d'un médecin militaire, dans une intervention, est pour ainsi dire double, il doit répondre, non seulement de son opération auprès du malade ou de la famille du malade, mais encore auprès de son chef hiérarchique. D'où un second point mis en relief par M. Grandjux, c'est que la liberté d'action chez un médecin militaire est amoindrie de par la crainte hiérarchique. Toute opération n'est pratiquée chez un militaire qu'avec son plein consentement. Il y a cependant des exceptions : en premier lieu, pour les opérations d'urgence; en second lieu, pour la vaccination, et, dans ce dernier cas, des prescriptions antiseptiques ont été édictées afin d'éviter toute complication.

Dans sa carrière militaire M. Grandjux a rarement vu l'acte opératoire refusé par le malade. Cela tient, dit-il, à l'autorité que prend le médecin militaire sur ses malades, autorité qui lui est donnée non pas par les mesures disciplinaires, mais par sa manière d'être même envers le soldat. C'est lui qui exempte de corvées, accorde l'infirmerie, qui réforme, c'est lui qui en un mot adoucit un peu la vie dans l'armée. D'autre part le médecin militaire lui-même n'a aucune tendance à engager un malade dont l'intervention n'est pas urgente à se faire opérer, il redoute même un peu l'intervention de par les conséquences que peut entraîner pour lui un accident, une mort. Ce sont alors des rapports, des explications et même l'avancement retardé. Le service de santé, chaque jour, réprime l'audace de ses chirurgiens et ne les prive pas de conseils de prudence. Mais quelles sont les conséquences d'un refus de se laisser opérer, pour un militaire? Il y a trois sortes d'interventions à envisager : 1° Les opérations urgentes; 2° les opérations dans les cas de mutilations; 3° les opérations destinées à faire disparaître une infirmité. Dans ces trois cas les conséquences ne sont fâcheuses que pour le blessé qui en pâtit toujours, lorsque son refus d'intervention a désarmé le chirurgien qui ne peut l'y obliger par aucune peine disciplinaire.

En résumé, M. Grandjux conclut : 1° Qu'il y a peu d'interventions dans les hôpitaux militaires à cause de la grande terreur qu'a le médecin de perdre un malade; 2° que le consentement du malade est toujours demandé et qu'il s'y refuse rarement; 3° que le refus d'une intervention n'entraîne aucune peine disciplinaire et n'est préjudiciable qu'au blessé.

M. CONSTANT cite à l'appui de cette dernière conclusion un fait pris dans les mémoires de Du Barail qui raconte qu'un soldat blessé ayant refusé de se laisser opérer, le médecin militaire le renvoya de l'hôpital afin de dégager sa responsabilité. Il guérit néanmoins mais resta estropié.

La suite de la discussion du rapport de M Briand est renvoyée à la prochaine séance. E. CARRIER.

BIBLIOGRAPHIE

Sur le tissu élastique dans les cicatrices d'un chancre induré, contribution à la question sur la régénération des fibres élastiques; par le Dr J.-V. HJELMMAN (*Finska Lakaresallskapets Handlingor*, avril 1898).

A l'aide de la coloration avec l'orcéine (méthode Taenzer) les cicatrices, dans six cas d'un chancre induré, sont examinées par l'auteur relativement à leur tissu élastique. Les intervalles entre l'infection syphilitique et l'examen microscopique étaient de 1 1/12, 1 2/12, 1 8/12, 4, 6 et 13 ans.

D'accord avec les recherches préalables faites par d'autres sur l'état du tissu élastique dans une sclérose initiale, l'auteur n'a trouvé dans une assez grande partie des fibres élastiques qu'une sorte de dégénération, se manifestant dans la diminution de la capacité de ces fibres à prendre une coloration élective et dans leur décroissement. Dans tous les cas examinés des fibres élastiques ont été trouvées en grand nombre.

Dans les cicatrices anciennes de 1 1/12 à 4 ans, les fibres étaient généralement très minces et visiblement en nombre limité.

L'auteur est pourtant convaincu que ce réseau élastique relativement riche en fibres contenait aussi des fibres de fraîche date. Dans les cicatrices de 6 à 13 ans se trouvaient aussi beaucoup de fibres élastiques se distinguant de l'aspect normal seulement par leur disposition et leur direction.

Par ces constatations l'auteur est convaincu que dans les cicatrices du chancre, à côté d'un rétablissement des fibres élastiques a lieu aussi une reproduction de celles-là. En tous cas cette régénération ne s'exécute qu'après un temps très long de plusieurs années. Enfin cette circonstance que les fibres élastiques se sont trouvées assez également réparties dans les cicatrices fait, selon l'auteur, admettre la supposition que ces fibres se sont reproduites dans la cicatrice même et ne sont pas poussées des tissus environnants.

Un cas d'estomac-sablier; par le Dr R. SIEVERS (*Finska Lukaresallskapets Handlingor*, avril 1898).

L'auteur rend compte d'un cas d'estomac-sablier congénital qui a été trouvé accidentellement chez une femme de 26 ans, morte d'un ulcère perforant du ventricule. La description est accompagnée d'une planche lithographique représentant le ventricule aux 4/10 de la grandeur naturelle.

Le ventricule est divisé par le milieu en deux parties d'égale grandeur. Chaque moitié mesure 14 centimètres comptés respectivement du cardia et du pylore; la première moitié (cardia) a environ 15 centimètres de largeur de la grande à la petite courbure, et la deuxième (pylore) a quelques centimètres de moins dans la même direction.

Les deux moitiés sont réunies par une partie en forme de tube, longue de 2 centimètres et large de 2 centimètres 1/3, avec un canal si étroit que le petit doigt peut l'obstruer. A 1 centimètre du rétrécissement on trouve dans la moitié (pylore) sur le côté du ventricule tourné vers la petite courbure, une ouverture ronde de perforation d'un centimètre de diamètre, présentant les caractères de l'ulcère rond perforant.

Un examen de la partie rétrécie montre qu'elle est parfaitement normale; on ne peut découvrir nulle part aucun trouble pathologique. A l'examen microscopique on trouve que toutes les couches de la partie rétrécie de la muqueuse à la séreuse, sont formées de tissus sains et normaux.

L'auteur fait remarquer en particulier la circonstance que 13 fois sur 22 cas d'estomac-sablier congénital, soit dans 60 0/0 des cas, l'on a trouvé un ulcère du ventricule non loin de la partie rétrécie.

L'apparition de l'ulcère est probablement favorisée, ajoute l'auteur, par la pression exercée par la nourriture, lors de son passage dans le ventricule, contre un canal souvent rétréci au plus haut degré.

Rupture spontanée de l'aorte sans anévrisme; par A. DELANO et G. TOWNSEND. (*Maryland Med. Journ.*, July, 3 a. 10, 1897).

Parmi le grand nombre de morts subites imputées à la rupture du cœur, un certain nombre doit être attribué à la rupture de l'aorte. Les auteurs en rapportent un cas, puis, de l'étude

de 50 cas pris parmi ceux qui ont été publiés, ils en tirent les conclusions suivantes : La rupture de l'aorte est plus fréquente chez l'homme et la plus grande fréquence se rencontre entre 30 et 60 ans. L'aorte est toujours malade, et la rupture est causée par une augmentation de pression due, dans 48 cas pour 100, à un effort, dans 17 cas à l'hypertrophie cardiaque, dans 10 cas à des causes émotives ; dans 17 cas seulement, on ne put trouver la cause immédiate. Les plus fréquentes de ces ruptures siègent près du cœur, au-dessous de la crosse, puis viennent les ruptures de la crosse et, plus rarement, celles de l'aorte abdominale. Le plus souvent, la déchirure est totale, régulière (65 0/0) ; d'autres fois, les deux couches internes se rompent les premières, l'externe cédant à l'un des angles de la déchirure externe et, le plus souvent, perpendiculairement à celle-ci. Tantôt il n'y a pas d'infiltration entre les différentes couches, tantôt l'infiltration existe. Ce sont des anévrismes disséquants. Dans ces deux derniers cas, la mort n'est pas immédiate. Le délai peut varier de quelques secondes à 39 jours. Les symptômes sont très variables : douleur angoissante, s'irradiant dans les épaules, le dos, le cou, l'abdomen ; dyspnée, collapsus, pouls faible et irrégulier, vertiges, vomissements, toux, hémoptysies. — La lésion la plus fréquente de l'aorte est l'athérome. D'autres fois, c'est un défaut congénital de structure, ou un arrêt de développement, ou bien de la périartérite. Plus rarement, ce sont des lésions de voisinage, ulcérations de la trachée, de l'œsophage. Il y a rarement des lésions valvulaires, et l'aorte n'est dilatée que 22 fois sur 100. Suit la bibliographie des 135 cas publiés depuis le commencement du siècle. DARDEL.

La nouvelle épidémie de peste; par DRASCHE. — *Wien. Med. Wochen*, 1897, N° 11-16.

L'auteur passe en revue les différentes épidémies de peste depuis 1843. Il en tire des conclusions rassurantes pour l'Europe, quant à celle qui règne en ce moment à Bombay. Tandis que, dans les épidémies précédentes, la maladie s'avançait du Sud vers le Nord, et entrait en Europe par la Turquie, la dernière épidémie a pris une direction opposée. Venant de ce foyer pestilentiel, formé par la Perse et la Mésopotamie, elle a traversé le Turkestan, le nord de l'Inde, le sud de la Chine et a pénétré dans l'Hindoustan, précédée par la famine, qui lui avait préparé le terrain. Malgré les communications incessantes entre Bombay et l'Europe, la peste n'a pas été importée en Europe, ni même en Arabie, malgré les pèlerins de la Mecque. Yersin et Kolle admettent la contagion par inhalation. Kitasato et Yersin ont amené la mort par introduction des bacilles dans l'estomac de rats et de souris. Cependant Kitasato croit peu à l'infection par les voies digestives et il fait remarquer que les Chinois ne boivent jamais que de l'eau bouillie et ne mangent jamais de viande crue. Il croit surtout à une infection périphérique. Il s'appuie sur la fréquence de bubons inguinaux chez les Chinois, qui vont nu-pieds, tandis que les Japonais, qui sont chaussés, ont surtout des bubons axillaires. Quant au sérum de Yersin, il y a lieu d'attendre le résultat d'expériences plus prolongées avant de pouvoir se prononcer sur le degré d immunité qu'il confère ; il ne faut pas oublier que les épidémies antérieures ont prouvé qu'une première atteinte ne crée pas l'immunité. En tous cas, pas plus que pour le choléra et la diphtérie, on ne peut faire d'inoculations préventives. DARDEL.

Signification du réflexe abdominal en Gynécologie. — Y a-t-il un réflexe cremastérien chez la femme? ; par K. BODON. — *Cent. Blatt fur Gynæk.*, 1898, N° 5.

Après avoir étudié le réflexe abdominal chez 300 femmes, l'auteur conclut que celui-ci peut aider grandement au diagnostic différentiel des phlegmons péri-utérins et de la pelvi-péritonite. Dans la pelvi-péritonite, le réflexe serait affaibli, ou disparaîtrait ; il persisterait dans tous les cas de phlegmons péri-utérins. Le réflexe abdominal n'intéresserait pas seulement les neurologistes, mais aussi les gynécologistes. Geigel avait déjà assimilé, à tort, le réflexe crémastérien au réflexe abdominal, qu'il définit ainsi : Lorsqu'on effleure la peau au dessous du ligament de Poupart avec le marteau percuteur, il survient une vive contraction des faisceaux inférieurs du grand oblique au-dessus et le long du ligament de Poupart. Or ce réflexe existe aussi chez l'homme. L'équivalent du réflexe crémastérien chez la femme est la contraction des ligaments ronds qui font basculer le fond de l'utérus en avant. Pour le rechercher, il faut introduire dans l'utérus une sonde qui en trahira les moindres mouvements. Sur quatre femmes soumises à l'expérience, le réflexe ne se montra que chez une, et encore ! ce qui tient sans doute à ce que l'utérus, plus lourd que le testicule, résiste à la contraction des ligaments ronds. DARDEL.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS.

L'Assistance publique.

A la séance du 13 juin du Conseil municipal de Paris, M. John Labusquière a posé une question à M. le Dr Napias, directeur de l'Assistance publique, sur les mesures qu'il compte prendre pour secourir les vieillards et les infirmes nécessiteux.

M. J. Labusquière se défend tout d'abord de toute hostilité ou de toute défiance à l'égard de M. Napias, la raison de sa question est de lui permettre de tracer en quelques mots les grandes lignes de ses projets sur l'assistance. Un des points qui intéresse le plus M. Labusquière est l'assistance des vieillards ; elle s'opère à Paris par l'hospitalisation et le secours représentatif d'hospice, mais le nombre des vieillards ainsi secourus est très restreint et la plupart des 32.972 indigents inscrits au bureau de bienfaisance, ayant plus de 60 ans, touchent 3 francs par mois en été et 5 francs en hiver. Cet état de choses ne peut pas être maintenu, quels que soient les sacrifices qui en résulteront pour la Ville. M. J. Labusquière demande qu'on facilite aux vieillards hospitalisés qui en font la demande le retour dans leur famille, avec pension représentative d'hospice, il demande encore qu'on se préoccupe du placement familial des vieillards en province.

Après avoir insisté sur la nécessité de bannir la politique des questions d'assistance, M. Labusquière regrette que, ne se conformant pas à ce principe, M. le Ministre de l'Intérieur ait apporté, pour raison politique, un changement dans la direction de l'Assistance. Il espère que le nouveau Directeur sera un réformateur, et citant à ce sujet un pamphlet de M. Napias, il lui demande de donner nettement son avis sur la laïcisation. M. J. Labusquière demande encore à M. le Directeur quelles réformes il compte faire pour améliorer le sort du personnel secondaire de l'Assistance, quel est son avis sur la question des filles-mères, sur celle de l'hospitalisation des tuberculeux.

M. le Directeur de l'Assistance publique répond d'abord à la question qui a trait à l'hospitalisation et à la pension des vieillards. Il est difficile d'améliorer beaucoup leur situation avec les ressources actuelles. 10.000 vieillards attendent leur hospitalisation et beaucoup pourront attendre fort longtemps. Le nombre des lits d'hospice, de 6.650 en 1817, a été porté à 8.832 en 1898, et la population parisienne a depuis doublé. A l'heure actuelle, 13.000 vieillards sont assistés et parmi eux 8.932 sont hospitalisés et 4.088 touchent des secours représentatifs d'hospice.

Le placement familial est plus économique que l'hospitalisation, il a ses avantages et ses inconvénients, il ne faut pas être exclusif, car c'est une question d'espèces. Il se propose d'étudier des projets pouvant amener à ce point de vue une solution au problème de l'assistance des vieillards.

Quant aux autres questions, M. Napias ne peut les traiter que superficiellement désirant être sincère et ne promettre que ce qu'il est en mesure de tenir. Après avoir rendu hommage au corps médical parisien dont il est fier de faire partie, il rappelle que sa collaboration à la laïcisation du Vésinet, des sourds-muets et des aveugles ne sont pas des opinions mais des actes dont il n'a pas eu à se repentir. Il recherchera à relever la dignité des infirmiers à arriver à la suppression du pourboire. Il ne peut pour les bureaux de bienfaisance suivant les désirs du Conseil réviser le décret de 1895, ni la loi de 1849 n'ayant pas le pouvoir de légiférer. Au sujet des filles mères il croit qu'il faut arriver à faire adopter l'enfant par la famille et qu'avant tout c'est la sauvegarde de l'enfant qui doit inspirer l'Administration. Il attend l'avis de l'Académie de Médecine pour entreprendre la lutte contre la tuberculose.

Il sera à la fois ferme et bienveillant pour le personnel, il ne laissera plus construire de bâtiments luxueux et coûteux qui servent plus à la gloire des constructeurs qu'au bien-être des malades, enfin avec une large tolérance il évitera de mêler les questions philosophiques ou politiques aux questions d'assistance : il n'y a pas pour lui deux manières d'être enfant abandonné, d'être malade, d'être pauvre, d'être vieux, infirme. Ce discours de M. Napias, fréquemment applaudi, est suivi de quelques observations de M. Landrin qui demande une meilleure direction des enquêtes et un meilleur choix des enquêteurs des bureaux de bienfaisance, l'augmentation des secours mensuels à domicile de 5 francs et de 10 francs, trop faibles pour être utiles. Il signale parmi les économies faciles à réaliser la diminution du haut personnel trop nombreux, souvent trop payé, qui du même coup améliorerait une administration trop routinière. J. N.

VARIA

Association française de chirurgie.

12e Congrès (17-22 *octobre* 1898.)

Le 12e Congrès de l'Association française de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 17 octobre 1898, sous la présidence de M. le Pr Le Dentu, membre de l'Académie de Médecine, chirurgien de l'hôpital Necker. La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures. Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès : 1° *De la Néphrotomie*, MM. Guyon et Albarran, rapporteurs. — 2° *Traitement du goitre (cancer et goitre exophtalmique exceptés)*, M. J. Reverdin, de Genève, rapporteur.

MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août, au plus tard le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8, à Paris. — Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au Secrétaire général, 8, rue de l'Isly.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Etat nominatif des étudiants reçus docteurs en médecine pendant les mois de mars-avril-mai 1898. (Année scolaire 1897-1898.)

MM. Picot. Recherches expérimentales sur l'inoculation de micro-organismes dans la chambre antérieure de l'œil du lapin. — Rousseau. De l'entorse sacro-iliaque. — Darracq. Remarques sur certaines formes de conjonctivite pseudo-membraneuse d'origine microbienne. — Moye. Les expertises médicales devant les tribunaux civils — Vialard-Goudon. Contribution à l'étude du sarcome primitif de l'iléon. — Dupin. Contribution à l'étude des ostéomyélites suraiguës. — Bestion. Le suc ovarien. Effets physiologiques et thérapeutiques. Organothérapie ovarienne. — Lalo. Le pain complet au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique. — Roumaillac. Electrothérapie et radiographie. — Thezée. Contribution à l'étude de la morphologie des bactériacées. — Vizerie. De la colonisation du vagin. — Capdepon. De l'hémiplégie tardive après la ligature de la carotide primitive (essai sur sa pathogénie). — Poterel-Maisonneuve. Des kystes séreux de la rate (kystes séreux purs et séro-sanguins). — Chauchard. Contribution à l'étude de l'amygdalite lacunaire enkystée et de sa complication : l'ulcération. — De Boucaud. De la coexistence du fibrome et de l'épithélioma de l'utérus. — Bardet. Contribution à l'étude de la contagion hospitalière de la tuberculose et de l'hospitalisation des tuberculeux.

Hôpital à pavillons separés.

Dans un article consacré au nouvel Hôpital de Saint-Etienne, l'auteur fait une comparaison entre cet hôpital et l'hôpital Boucicaut, et apporte les réflexions suivantes :

« A propos de ces deux hôpitaux, qui sont à pavillons séparés, il nous a paru intéressant et curieux de rapporter ici les détails de l'organisation de l'hôpital général de Césarée, en Cappadoce, bâti au IVe siècle (pour être précis, vers l'an 370 au plus tard), par saint Basile, sur un vaste terrain désert et proche de Césarée, que lui avait, un jour, cédé l'empereur Valens.

« Il se composait d'une série de bâtiments vastes et magnifiques, destinés les uns aux voyageurs et aux étrangers, les autres aux vieillards infirmes, d'autres aux malades de toutes sortes, ceux-ci aux hommes, ceux-là au femmes ou aux enfants; tandis que d'autres, placées à l'angle le plus reculé, étaient réservés à ces infirmités humiliantes qui traînaient après elles la contagion et la honte. De vastes jardins séparaient les uns des autres tous ces établissements divers; au centre se dressait une église spacieuse et splendide desservie par une communauté de moines dont Basile était lui-même le supérieur. Tout alentour, circulait une population de gardiens, de médecins, d'infirmiers, de fournisseurs, de charretiers apportant les choses nécessaires à la vie. C'était tout le mouvement d'une cité populeuse.

« Basile l'avait nommé *Ptochotrophium* (la maison des pauvres) mais la reconnaissance publique l'appelait, du nom de son fondateur, *la Basiliade* (1).

« Comme on peut s'en convaincre par cette petite notice, traduite du grec pour nos lecteurs, rien n'est bien nouveau sous la calotte du ciel, pas même les hôpitaux à pavillons séparés! » — (*La Loire médicale.*) Dr Chavanes.

Manger avant de dormir.

Mangez avant de dormir, dit le *Journal d'Hygiène*. Et voici comme il établit le bien fondé de son conseil. Nombre de personnes, bien que non malades, sont faibles et maigres. Cela tient au long espace de temps qu'elles laissent entre le déjeuner et le dîner et surtout à la vacuité de l'estomac pendant le sommeil, qui amène l'insomnie et une faiblesse générale. La physiologie nous apprend que, pendant la veille tout aussi bien que pendant le sommeil, il se fait un continuel échange entre nos tissus. Il semble donc logique de penser qu'un supplément de nourriture doit être continué, surtout pendant le moment où notre organisme est sous l'empire de la faiblesse. Si l'exercice corporel est suspendu pendant le sommeil, par contre, la digestion, l'assimilation et l'activité nutritive persistent; les aliments fournis pendant cette période produisent plus d'eléments que ceux qui sont détruits et augmentent la vigueur générale, en même temps que le poids! — Avis aux amateurs de... « haulte gresse » !

Duel Jean Charcot-Lagelouze.

A la suite d'une publication de lettres relatives à l'incident Charcot-Hugo, M. le Dr Lagelouze ayant inséré dans l'*Opinion médicale* du 5 juin 1898 un commentaire jugé offensant par M. le Dr Jean Charcot, celui-ci a chargé MM. le commandant Charcot et Alfred Edwards d'aller, en son nom, demander à M. le Dr Lagelouze des excuses ou une réparation par les armes.

M. le Dr Lagelouze a prié MM. le Dr Delineau et Georges Collet de le représenter. Les témoins de M. le Dr Lagelouze ayant contesté la matérialité de l'offense, ont, d'accord avec ceux de M. le Dr Jean Charcot, décidé de s'en rapporter à l'arbitrage de M. Denécheau, député de l'Aisne, ancien directeur de l'*Eclair*. L'arbitre a déclaré que, sur les deux phrases incriminées, l'une au moins constituait une offense indiscutable.

Les quatre témoins ayant le regret de constater que nul moyen de conciliation n'était possible, ont arrêté une rencontre pour demain, à onze heures du matin, aux environs de Paris.

L'arme choisie est l'épée de combat; gant de ville à volonté; le torse nu jusqu'à la ceinture; les corps à corps sont interdits, ainsi que l'usage de la main gauche ; chaussures de ville; les places et les épées, qui n'appartiendront à aucun des adversaires, seront tirées au sort. Le combat cessera quand l'un des deux combattants, sur l'avis des médecins, sera dans un état d'infériorité manifeste. La direction du combat a été concédée à M. Alfred Edwards.

Fait double à Paris, le 9 juin 1898.

Pour le Dr J. Charcot :	*Pour le Dr Lagelouze :*
Commandant Charcot,	Dr Delineau,
Alfred Edwards.	Georges Collet.

Conformément au procès-verbal précédent, la rencontre a eu lieu onze heures un quart à Montmorency. A la quatrième reprise, M. Charcot a désarmé son adversaire. A la cinquième reprise, sur un temps d'arrêt, M. Charcot a reçu à la partie supérieure de l'éminence thénar une blessure en séton de quatre centimètres de longueur, le mettant dans l'impossibilité de continuer. Le Dr Nogues assitait M. Charcot, et le Dr René Belin, M. Lagelouze.

Pour M. Charcot :	*Pour M. Lagelouze :*
Commandant Charcot	Dr Delineau,
Alfred Edwards.	Georges Collet.

Le genre de polémique qui a donné lieu à cette affaire nous paraît très regrettable. Il ne contribue en rien au progrès scientifique et social. Les immenses services rendus par le Pr Charcot, l'illustration qu'il a donnée pendant vingt-cinq ans à la médecine française auraient dû inspirer plus de circonspection à notre confrère de l'*Opinion médicale*. Et cela d'autant plus que notre jeune ami, Jean Charcot, a tout fait pour ne devoir qu'à son travail les fonctions qu'il a occupées et celles qu'il désire dans l'avenir. B.

(1) Lettre d'Héraclide à Amphiloque.

Auzias-Turenne et la syphilisation d'après Henri Rochefort.

Nous reproduisons à titre de curiosité le passage suivant des *Aventures de ma vie*, par Rochefort :

« Le Dr Auzias-Turenne, dont, je le reconnais, l'enseignement parlé et écrit offrait des côtés un peu charlatanesques, inaugura une méthode d'inoculation basée sur la découverte de Jenner et qui traitait par le vaccin la syphilis, comme le médecin anglais traitait la petite vérole. Le raisonnement d'Auzias-Turenne manquait de solidité, attendu que si les deux maladies portent communément le même nom, avec un augmentatif pour l'une et un diminutif pour l'autre, elles n'offrent entre elles aucune similitude. Mais, au quartier des écoles, on parlait beaucoup de la préservation de la santé humaine au moyen de ce virus, que son inventeur nous donnait à la fois comme curatif et comme préventif.

« Jay, celui de mes camarades de collège que je fréquentais alors assidûment, et avec qui j'avais « combattu » le 2 décembre en alignant deux pavés sur un fantôme de barricade, s'emballa immédiatement sur le système d'Auzias-Turenne. Il s'offrit comme champ d'expériences et présenta ses deux bras au bistouri du syphilisateur. Et sans l'ombre d'une nécessité, attendu qu'il se portait comme vous et moi.

« Au bout de quelques jours, les pustules parurent, se rejoignirent en s'étendant et enflammèrent les couches profondes de la peau, au point qu'un érysipèle se déclara, envahissant les épaules et la face. En trois jours, le pauvre garçon fut emporté, et comme, bien que d'une riche famille lyonnaise, son exaltation politique l'avait brouillé avec tous ses parents, je fus absolument seul derrière son corbillard, qui fut à peu près de dernière classe.

« Cette mort, venant couper court à toutes les démonstrations du Dr Auzias-Turenne, flanqua presque instantanément sa méthode par terre. Une commission de l'Académie de Médecine fut chargée d'examiner le cas de mon malheureux camarade, tué par la syphilis sans avoir eu seulement la satisfaction de l'attraper, et une sorte d'instruction scientifique commença.

« J'avais suivi en qualité de garde-malade toutes les phases de la maladie, et je fus prié de venir déposer devant les commissaires, qui étaient : Mellier, président de l'Académie, Ricord, Marchal (de Calvi), le Dr Conneau, qu'on avait élu académicien parce qu'il avait aidé Louis Bonaparte à s'évader de Ham, ce qui ne constituait pas une garantie pour ses malades.

« Sauf Marchal (de Calvi), tous étaient hostiles à Auzias-Turenne, qui, s'il eût réussi, aurait d'un coup annulé toutes les ordonnances que ses confrères rédigeaient depuis des années. Ricord notamment mit, dans la façon dont il feignit de comprendre ma déposition, une si évidente mauvaise foi, que je fus obligé à plusieurs reprises de rectifier les réponses qu'il m'attribuait.

« Il était clair, en effet que, bonne ou mauvaise, la méthode n'était pas atteinte par la mort de Jay, qui avait, au bout de quelques jours, succombé non à la contagion, mais à un érysipèle. Or, cet accident aurait tout aussi bien pu se produire à la suite d'inoculations de toute autre nature. Quelquefois, en effet, les enfants meurent d'une vaccination antivariolique à la suite de l'inflammation des tissus, et ces accidents, relativement encore assez fréquents, n'ont jamais contrecarré l'emploi du vaccin. Mais, on le pense, les médecins qui vivaient de leurs pilules étaient trop heureux de pousser à l'annihilation d'une découverte qui les eût supprimées. Comme la plupart des juges d'instruction, ces messieurs essayaient de m'extirper des déclarations exactement contraires à celles que j'apportais.

« Mais, malgré ma grande amitié pour Jay et le chagrin que me causait sa mort, mon horreur de tout ce qui est injuste me fit résister aux tentatives manifestes de ceux qui auraient fortement désiré me chambrer.

« Auzias-Turenne convoqué — presque comme accusé — devant ce tribunal, l'embarrassa beaucoup par la réfutation précise qu'il développa des dangereuses doctrines de Ricord, dont il étala sous les yeux de tous les erreurs manifestes.

« Je demande pardon à mon public d'entrer dans ces détails un peu arides et aussi un peu scabreux, mais je suis bien obligé de raconter les événements auxquels j'ai pris part au lieu de la bataille de Waterloo, à laquelle je n'assistais pas.

« Ricord niait deux faits dont l'excessive importance lui avait sans doute échappé et dont pourtant la vérification lui eût été si facile : 1° la possibilité pour les gens atteints d'accidents secondaires, de communiquer ce que les Italiens appellent le mal français et ce que les Français appellent le mal italien ; 2° la faculté pour les animaux d'être soumis à cette contagion spéciale.

« Or, Auzias-Turenne établit par des exemples nombreux et irréfutables, que l'ignorance de Ricord sur ces deux points était aussi complète que déplorable. Elle a été reconnue depuis lors, mais à ce moment toute la Faculté de Médecine la partageait.

« Ricord, qui tenait à ne pas voir s'effondrer subitement l'édifice de sa célébrité, persista à nier que les accidents secondaires pussent donner le mal et aussi que les animaux fussent susceptibles de le gagner.

« Auzias-Turenne s'engagea alors devant la commission à lui amener, par exemple, un singe qu'il inoculerait en sa présence et sur lequel elle suivrait ensuite les ravages de la maladie. Ricord s'empressa d'accepter la proposition, convaincu que son adversaire ne se relèverait pas de cette décisive épreuve.

« Nous allâmes ensemble acheter sur les quais un joli petit sapajou qu'on choisit sain, gai et solide, afin d'éviter tout malentendu sur la nature des plaies qui pourraient survenir, et on le fit transporter dans une cage à Saint-Lazare même, dans le corps de bâtiment affecté aux femmes malades.

« Le lendemain, nous nous transportâmes tous à la prison, où nous aperçûmes notre singe installé dans un des dortoirs, à la joie folle des prisonnières et se livrant dans sa cage à des culbutes multipliées.

« La question était dès lors de recueillir sur une des femmes en traitement un virus d'assez belle qualité, si j'ose m'exprimer ainsi, pour que ce vaccin, d'espèce particulière, ne fît pas long feu, ce qui se produit assez souvent dans les inoculations antivarioliques.

« Les sœurs qui assistaient à cette représentation scientifico-comique avec impassibilité et comme si elles offraient à Jésus-Christ le sacrifice de leur pudeur offensée, nous introduisirent d'abord dans la salle des « petites » où se tenaient debout, au pied de leurs lits, des enfants de dix, onze et même huit ans, dont quelques-unes étaient dans un état à faire pleurer.

« Cette invasion de paletots noirs, rehaussés de rosettes rouges pour la plupart, parut émouvoir fortement ces malheureuses, et quand on en désigna une pour prêter son sinistre virus, elle se mit à fondre en larmes et à hurler de terreur.

« D'ailleurs, elle ne fit pas l'affaire. Le Dr Auzias craignit que le trop de jeunesse de la malade n'enlevât à la manifestation de son mal la force nécessaire à sa propagation et il demanda à s'approvisionner chez une femme faite. Nous passâmes donc chez les adultes où les unes couchées, les autres assises, exhibaient des exostoses et des ulcères à empoisonner toute une génération comme à dégoûter à jamais de l'amour.

« Une grosse mère déjà mûre, blette même, et qui paraissait là comme chez elle, se soumit avec une gracieuseté presque régence, aux investigations de la commission. Ce fut elle qui eut l'honneur de collaborer à la solution du problème et qui, par une sorte de mariage au bistouri, infecta le pauvre sapajou, qui ne se laissa pas, sans pousser des cris simiesques, percer au cou, dans le dos et au flanc.

« Quinze jours après, délai fixé par l'expérimentateur lui-même, nous retournâmes à Saint-Lazare, où on nous représenta le singe qui, à la confusion de Ricord, accusait les plus indéniables symptômes d'une terrible syphilis.

« On lui servit abondamment à manger, mais aucun remède ne lui fut administré, si bien que la maladie suivit son cours sans arrêt ni répit, et qu'au bout de trois mois notre sapajou expirait dans un état à ne pas le prendre avec des pincettes pour procéder à son enfouissement.

« Ce résultat inattendu frappa tout le monde et provoqua même contre les théories de Ricord, jusqu'alors indiscutées une réaction qui, vers les dernières années de sa vie, le firent reléguer au second plan.

« Quant à la thèse des accidents secondaires, considérés comme aussi dangereux à affronter que les accidents primaires

et que Ricord proclamait inoffensifs, elle ne fait plus doute aujourd'hui, et les grands syphiliographes comme Fournier, notamment, ont depuis longtemps adopté les conclusions posées par Auzias-Turenne.

« La commission n'en dissimula pas moins les détails de son enquête et se contenta de jeter au panier le nouveau système qui avait, soutenait-elle, amené la mort du premier sujet auquel on avait tenté de l'appliquer. » (T. I, p. 47, 153.)

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 20. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*): MM. Mathias-Duval, Blanchard, Retterer. — 2e de Chirurgien-dentiste : MM. Hayem, Hanriot, Sébileau. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Jalaguier, Delbet, Poirier. — (2e *série*) : MM. Terrier, Humbert, Ricard. — (2e *partie*) : MM. Potain, Fournier, Gilles de la Tourette. — (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Delens, Kirmisson, Walther. — (2e *série*) : MM. Segond, Tuffier, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Landouzy, Déjerine, Gaucher.

MARDI 21. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Le Dentu, Polaillon, Thiéry. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Hutinel, Chantemesse, Letulle. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Thoinot, André.— 2e de Chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Charrin, Hanriot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : Campenon, Rémy, Brun. — (2e *série*) : MM. Berger, Schwartz, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Marie, Gilbert. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Joffroy, Roger, Achard. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Ballet, Marfan. — 3e definitif d'officiat : MM. Raymond, Bouilly, Nelaton. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Peyrot, Bar.

MERCREDI 22. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Mathias-Duval, Retterer, Poirier. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Delens, Delbet, Walther. — (2e *série*) : MM. Jalaguier, Tuffier, Lejars.

JEUDI 23. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*) : MM. Le Dentu, Rémy, Bouilly. — (2e *série*) : MM. Budin, Schwartz, Nélaton. — (2e *partie*). (1re *série*): MM. Debove, Raymond, Roger. — (2e *série*) : MM. Grancher, Marie, Gilbert. — 2e de chirurgien-dentiste : MM. Pouchet, Quénu, Ménétrier.

VENDREDI 24. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Mathias-Duval, Retterer, Poirier. — 2e de *Doctorat*, oral : (1re *partie*): MM. Ch. Richet, Déjerine, Rémy. — 2e de chirurgien-dentiste : MM. Pouchet, Sébileau, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Marchand, Ricard, Broca. — (2e *série*) : MM. Delens, Delbet, Tuffier. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Joffroy, Widal. — (1re *partie* (2e *série*). Chirurgie : MM. Tillaux, Jalaguier, Humbert. — (2e *série*) : MM. Terrier, Segond, Lejars. — (5e *de Doctorat*) (2e *partie*) : MM. Grancher, Thoinot, Gilles de la Tourette.

SAMEDI 25. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM Quénu, Rémy, Thiéry. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Campenon, Gley. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Debove, Hutinel, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Bouilly, Brun, Poirier. — (2e *partie*) : MM. Raymond, Ballet, Roger. — (1re *partie*). Chirurgie : MM. Le Dentu, Peyrot, Albarran. — 2e *partie*. (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Marie, Achard. — (2e *série*) : MM. Cornil, Marfan, Menetrier. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin. Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris

MERCREDI 22. — M. Roy. La gravelle phosphatique primitive. — M. Herbert. Etude sur la camptodactylie. — M. Mazaud. Recherches expérimentales sur les variations de la toxicité des urines au cours de la scarlatine. — M. Casacca. Le coryza syphilitique héréditaire chez le nouveau-né. — M. Tacvorian. Contribution à l'étude des dermatites simples de l'enfance. — M. Macé. Quelques considérations sur les accès éclamptiques, principalement sur le diagnostic et le traitement. — M. Baranger. Cardiopathies et grossesse. — M. Miot. De la conduite à tenir dans la rétention placentaire à la suite de l'avortement. — M. Jossilevitch. Les écoulements par l'oreille et la paralysie faciale dans le traumatisme du crâne. — M. Parent. Etude sur la tuberculose de la glande parotide. — M. Lebœuf. Contribution à l'étude des indications thérapeutiques et du traitement des fractures du fémur. — M. Jeune. Contribution à l'étude du traitement du goitre exophtalmique par la section ou résection du sympathique cervical. — M. Renault. Les hernies du cæcum et de l'iliaque considérées principalement chez l'enfant.

JEUDI 23. — M. Mavrojanis. La toxicité de la sueur. — M. Retout. Valeur du milieu d'Elsner pour la recherche du bacille typhique et du bacille du côlon. — M. Ablon. Des fibromes embryonnaires de l'intestin chez les enfants. — M. Trémolières. Au point de vue thérapeutique, des coagulants du sang. (Chlorure de calcium ; gélatine.) — M. Guillou. De la glycosurie dans le cancer primitif du pancréas. — M. Barrau. Contribution à l'étude de la cirrhose atrophique de Laënnec latente. — M. Rokéach. Contribution à l'étude pathogénique de la fièvre bilieuse hématurique. — M. Auffray. Contribution à l'étude du diagnostic de la péritonite suraiguë dans l'ulcère perforé de l'estomac. — M. Lecœur. De la tuberculose pulmonaire consécutive au cancer de l'œsophage. — M. Maillard. De la torsion des salpingites. — M. Marquès. Courant ondulatoire en gynécologie.

NÉCROLOGIE

M. le Dr DEZANNEAU (d'Angers).

M. le Dr DEZANNEAU, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine d'Angers, vient de mourir à l'âge de 66 ans. Ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, médaille d'or de l'Ecole pratique en 1857.

M. Dezanneau, professeur et praticien très estimé, était membre correspondant de l'Académie de Médecine et de la Société de Chirurgie.

Lord PLAYFAIR (de Londres).

Lord PLAYFAIR, de Londres, commandeur de la Légion d'honneur, ancien professeur de chimie à Manchester, à Edimbourg et à St-Andrews, hygiéniste des plus distingués, vient de s'éteindre à l'âge de 79 ans.

Ancien vice-président de la Chambre des Communes, ancien Ministre de l'Instruction publique sous un des ministères de Gladstone, lord Playfair avait été élevé à la pairie en 1892.

Enseignement médical libre.

Laboratoire d'électrothérapie de la Charité. — Conférences théoriques et cliniques d'électrothérapie et de radiographie, le samedi à 5 heures, par le Dr L.-R. RÉGNIER, chef du laboratoire.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 5 juin au samedi 11 juin 1898, les naissances ont été au nombre de 1,157, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 434, illégitimes, 139. Total, 573. — *Sexe féminin* : légitimes, 410, illégitimes, 174. Total, 584.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 5 juin au samedi 11 juin 1898, les décès ont été au nombre de 935, savoir : 483 hommes et 452 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 0. T. 1.— Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.— Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole: M. 14, F. 22, T. 36 — Scarlatine : M. 4, F. 0, T. 4, — Coqueluche : M. 4, F. 5, T. 9. — Diphtérie, Croup : M. 0, F. 1, T. 1. — Grippe : M. 1, F. 2, T. 3. — Phtisie pulmonaire : M. 105, F. 71, T. 176. — Méningite tuberculeuse : M 9, F. 15, T. 24. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 8, T. 22. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 7, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 8, F. 46, T. 54. — Méningite simple : M. 14, F. 11, T. 25. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 29, F. 18, T. 47. — Paralysie, M. 5, F. 4, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 5, T. 8.— Maladies organiques du cœur : M. 34, F. 27, T. 61. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 5, T. 13.— Bronchite chronique : M. 4, F. 6, T. 10.— Broncho-pneumonie : M. 20, F. 22, T. 42. — Pneumonie : M. 15, F. 18, T. 33.— Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 17, F. 31, T. 48.— Gastro-entérite, biberon : M. 18, F. 19, T. 37 — Gastro-entérite, sein : M. 5, F 7, T. 12. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 0, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 16, F. 11, T. 27. — Sénilité : M. 12, F. 15, T. 27. — Suicides : M. 9, F. 7, T. 16. — Autres morts violentes : M. 8, F. 4, T. 12. — Autres causes de mort : M. 99, F. 57, T. 156. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 2, T. 6.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 99, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36, illégitimes, 15. Total : 51. — *Sexe féminin* : légitimes, 32, illégitimes, 16. Total : 48.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Fournier, médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé de la division de Constantine, est désigné comme directeur du service de santé du 9e corps d'armée. — M. Millet, médecin principal de 2e classe des salles militaires de l'hospice mixte de Reims (médecin chef), est désigné comme médecin chef de la place et de l'hôpital militaire de Verdun. — M. Calmette, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles, est désigné comme médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Reims. — M. Monart, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Toul, est désigné pour l'hopital militaire de Versailles. — M. Catrin, médecin-major de 1re classe au 127e régiment d'infanterie, est désigné comme médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans. — M. Gross, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire du camp de Châlons, est désigné pour l'hôpital militaire de Toul. — M. Charpentier, médecin major de 1re classe au 3e régiment de tirailleurs algériens, est désigné pour le 155e régiment d'infanterie. — M. Sourris, médecin-major de 1re classe au 88e régiment d'infanterie, est désigné pour l'hôpital militaire du camp de Châlons. — M. Carrière, médecin-major de 1re classe au 1er régiment étranger, est désigné pour le 2e régiment de tirailleurs algériens. — M. Richard, médecin-major de 1re classe au 155e régiment d'infanterie, est désigné pour le 1er régiment étranger. — M. Pongis, médecin-major de 2e classe au 10e régiment de dragons, est désigné pour le 88e régiment d'infanterie. — M. Baudisson, médecin-major de 2e classe au 80e régiment d'infanterie, est désigné pour le 11e régiment d'artillerie (emploi créé), pour être détaché à la poudrière du Bouchet. — M. Ulfolz, médecin-major de 2e classe au 4e régiment de tirailleurs algériens, est désigné pour le 127e régiment d'infanterie. — M. Boppe, médecin-major de 2e classe au 12e régiment de dragons, est désigné pour le 146e régiment d'infanterie. — M. Dupret, médecin-major de 2e classe aux établissements de l'artillerie à Bourges, est désigné pour le 1er régiment d'artillerie à Bourges (emploi créé), pour être détaché aux établissements d'artillerie de cette place. — M. Lebon, médecin-major de 2e classe aux hopitaux militaires de la division d'Oran, est désigné pour le 12e régiment de dragons. — M. de Casaubon, médecin-major de 2e classe aux hopitaux militaires de la division d'Alger, est désigné pour le 10e régiment de dragons. — M. Ohier, médecin-major de 2e classe à la direction de l'artillerie de Vincennes, est désigné pour le 12e régiment d'artillerie (emploi créé), pour être détaché à la direction de l'artillerie de Vincennes. — M. Lansac, médecin-major de 2e classe à la poudrerie militaire du Bouchet, est désigné pour le 80e régiment d'infanterie. — M. Trouillet, médecin-major de 2e classe au 27e régiment d'infanterie, est désigné pour le 4e régiment de tirailleurs algériens. — M. Althoffer, médecin-major de 2e classe au 4e régiment d'artillerie à Héricourt (provisoirement), est désigné pour le 4e régiment d'artillerie à Besançon (emploi créé), pour être détaché à Héricourt. — M. Lejonne, médecin aide-major de 1re classe au corps d'occupation de Madagascar, rapatrié et en congé, est désigné pour le 27e régiment de dragons. — M. Terrasse, médecin aide-major de 1re classe au 2e régiment de hussards, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger. — M. Paul, médecin aide-major de 1re classe au 2e bataillon de chasseurs à pied, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger. — M. Duffau, médecin aide-major de 2e classe au 1er régiment d'infanterie, est désigné pour le 4e régiment de cuirassiers. — M. Quenet, médecin aide-major de 2e classe au 29e régiment d'infanterie, est désigné pour le 2e bataillon de chasseurs à pied. — M. Pelissie, médecin aide-major de 2e classe au 4e régiment de cuirassiers, est désigné pour le 1er régiment d'infanterie. — M. Rieux, médecin aide major de 2e classe aux hôpitaux militaires de la subdivision d'Alger, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine. — M. le médecin de 2e classe Lecœur, aide-major au 6e régiment d'infanterie de marine, à Brest, est appelé à servir aux troupes à la Martinique, en remplacement de M. Palasne de Champeaux affecté au 6e régiment, à Brest. M. Lecœur prendra passage sur le paquebot partant de St-Nazaire le 9 juillet 1898. — M. le Dr Gueit, nommé médecin principal de la réserve de l'armée de mer, est affecté au port de Toulon. — MM. les médecins de 1re classe Vallot, du 5e régiment d'infanterie à Cherbourg, et Guillarmou, du 2e régiment de l'arme à Brest, serviront aux troupes de Madagascar, en remplacement de MM. Bonnescuelle de Lespinois et Martenot, affectés, le premier à Cherbourg (1er régiment), le second à Brest (2e régiment). — MM. les médecins de 2e classe Tabaret, du 2e régiment à Brest, et Cairon, du 1er régiment d'artillerie à Lorient, iront remplacer aux troupes de Madagascar MM. les Drs Bonnefoy, affecté à Brest (1er régiment), et Rapin à Lorient (artillerie). MM. les Drs Vallot, Guillarmou, Tabaret et Cairon rejoindront leur destination par le paquebot partant de Marseille le 10 juillet 1898. — MM. les Drs Morgue, promu médecin principal, et Lafaye de Michaux, promu médecin de 1re classe, serviront, le premier à Rochefort, en remplacement de M. Le Texier affecté, sur sa demande, au port de Lorient, aux lieu et place de M. le médecin principal Gueit, retraité; le second à Brest. — M. le médecin de 2e classe Morgue, du 1er régiment d'infanterie à Cherbourg, est appelé à servir aux troupes de l'Indo-Chine, au lieu et place de M. Lafaye de Michaux, promu médecin de 1re classe. M. Morgue rejoindra sa destination par le navire affrété partant de Marseille le 1er juillet 1898. — M. Massieu, médecin de 2e classe de la marine, est nommé médecin de 2e classe des colonies, pour prendre rang à compter du 1er juillet 1894.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL BROCA. — *Clinique de gynécologie.* — M. le Dr S. POZZI, le vendredi, à 10 heures du matin. Opérations les lundis et mercredis à 10 heures.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr SABOURAUD, le mardi à 10 heures, dans le laboratoire de l'Ecole, leçons théoriques et pratiques *sur les maladies du cuir chevelu.* — Le Dr du CASTEL a repris ses conférences cliniques le samedi 4 juin, et les continuera les samedis suivants. A 1 heure 1/2, consultation externe; à 2 h. 1/2, conférence clinique dans la salle des conférences.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Dr Albert ROBIN, le lundi à 9 h. 3/4 du matin.

HÔPITAL ANDRAL. — MM. Albert MATHIEU et Maurice SOUPAULT, conférences cliniques sur les maladies de l'appareil digestif, le vendredi, à 10 heures du matin.

Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac. — MM. Albert MATHIEU, médecin de l'hôpital Andral, Maurice SOUPAULT, ancien interne des hôpitaux de Paris, J.-Ch. ROUX, interne des hôpitaux et LABOULAIS, ancien interne en pharmacie : conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. Les élèves sont exercés individuellement aux manipulations indispensables pour le diagnostic. Se faire inscrire : au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

HÔPITAL TENON. — M. le Dr A. BÉCLÈRE, le vendredi, à 10 h. 1/2 du matin : conférences et exercices pratiques sur les applications de la découverte de Rœntgen au diagnostic médical.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE

PARIS. — IMP. [illegible]

3e SÉRIE. T. VII. N° 26. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 25 JUIN 1898.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

L'Aphasie amnésique et ses variétés cliniques; (*Suite*) (1).

Par le Pr A. PITRES.

DEUXIÈME LEÇON (*suite*).

Messieurs,

III. — De cette définition découlent quelques corollaires qu'il n'est pas inutile de signaler à votre attention.

1° Si on admet que la mémoire est une fonction, il faut abandonner résolument la conception qui la faisait considérer jadis comme une entité psychologique ou une faculté de l'âme. Une fonction n'est pas un être indépendant des organes qui l'accomplissent. Il n'y a pas plus UNE mémoire qu'UNE respiration. Le mot respiration est un terme abstrait exprimant l'ensemble des échanges gazeux qui se passent au sein de l'organisme vivant. De même, la mémoire n'existe pas en dehors de l'activité des éléments anatomiques qui servent à l'exécution des opérations mnésiques. Ces opérations ont une existence réelle; la mémoire n'en a pas. Le mot « mémoire » indique *in abstracto* l'ensemble des phénomènes amnésiques, rien de plus. C'est ce qu'explique très justement le philosophe Lewes, quand il dit : « Le terme mémoire n'est qu'une expression abréviative pour désigner ce qui est commun à tous les faits concrets de souvenirs ou à la somme de ces faits. »

2° La mémoire n'est pas davantage une propriété générale des cellules nerveuses, ou, pour mieux dire, les mots *mémoire* et *revivabilité* ne sont pas synonymes. Il y a entre eux la même différence qu'entre les mots contraction musculaire et contractilité. L'accomplissement de tout acte mnésique implique nécessairement la mise en jeu de la propriété générale de la revivabilité, comme celui de toute contraction musculaire met nécessairement en jeu la propriété de contractilité. Mais un acte mnésique complet est plus qu'un simple phénomène de reviviscence d'images; de même que la contraction d'un groupe de muscles, synergiquement associés en vue d'un mouvement volontaire déterminé, est plus qu'un simple phénomène de contractilité.

3° La mémoire n'a pas dans le cerveau une localisation étroite. Elle ne s'accomplit pas dans un centre unique, autonome, anatomiquement distinct. L'évocation part des neurones de la psychicité; la reviviscence est fonction des neurones sensoriels; la reconnaissance s'opère dans des éléments anatomiques autres que ceux qui servent aux perceptions simples ou à l'élaboration des idées; si bien qu'un nombre immense de cellules disséminées dans des régions très différentes de la masse cérébrale participent à des titres divers à l'exécution des actes mnésiques les plus simples, sans qu'aucun d'eux ait le monopole exclusif de la mémoire.

(1) Voir *Progrès médical*, nos 21, 22 et 24, 1898.

4° Il ne faut pas confondre, comme on le fait communément, les mots *mémoire* et *souvenir*. Ils expriment des choses différentes. Un souvenir est une image reviviscente, ou, tout au moins, susceptible de reviviscence; la mémoire est la fonction complexe qui assure la fixation et la recollection des souvenirs. On dit néanmoins dans le langage courant, et même parfois dans le langage scientifique, qu'un malade *perd la mémoire* quand il se souvient mal des faits récents, tout en se rappelant bien les événements anciens, ou quand il oublie facilement les noms propres ou les dates.

Cette façon de parler est défectueuse et de nature à perpétuer les équivoques qui ont trop longtemps compliqué de querelles de mots l'étude déjà très difficile de la physiologie pathologique de la mémoire.

En effet, lorsqu'on dit d'un sujet ne se souvenant plus avec précision des évènements récents, tout en se rappelant les anciens, *qu'il perd ou a perdu la mémoire*, on emploie une expression impropre, puisque les fonctions amnésiques continuent à s'exercer normalement sur les groupes de souvenirs qui persistent. On devrait dire que sa mémoire est altérée par des perturbations de la fixation, de la rétention ou de la reviviscence des images nouvelles, non qu'elle est perdue. De même, quand un homme ne se souvient plus aussi aisément que par le passé des noms propres ou des dates, il n'est pas juste de dire pour cela qu'il a perdu la mémoire. Tout au plus pourrait-on dire qu'il a perdu les souvenirs relatifs aux noms propres et aux dates. Encore faudrait-il s'assurer avant d'employer cette expression qu'il ne s'agit pas, dans le cas incriminé, d'une simple perturbation de l'évocation, mais bien d'une perte réelle des images.

5° La confusion qu'a introduite dans les esprits la terminologie défectueuse contre laquelle je cherche à vous mettre en garde en ce moment, a conduit beaucoup de savants à interpréter d'une façon que je crois erronée les faits cliniques, fort curieux et fort intéressants, sur lesquels est établie la doctrine des mémoires partielles. Certains malades perdent tout à coup, à la suite de lésions destructives des régions sensorielles de l'écorce, la possibilité d'utiliser certains groupes d'images qui étaient fixées et conservées dans le centre détruit. On dit alors qu'ils ont perdu une de leurs mémoires sensorielles, la mémoire auditive si ce sont les images acoustiques qui leur manquent, la mémoire visuelle si ce sont les images optiques, etc., ce qui semble indiquer que nous avons plusieurs mémoires différentes, ayant chacune un organe distinct dans l'écorce cérébrale. En réalité, il n'en est nullement ainsi. La mémoire, en tant que fonction psychique, n'est pas localisée dans quelques points limités du cerveau. Les centres sensoriels corticaux ne sont pas isolés du reste de l'encéphale et n'ont pas de fonctionnement autonome. Chacun d'eux est formé par des groupes de cellules que des neurones d'association munis de prolongements infiniment compliqués relient à toutes les autres parties de l'écorce. Les cellules pyramidales qui entrent dans leur composition enregistrent les impressions sensitives spéciales qui leur

sont apportées de la périphérie par leur prolongement cylindraxile ; elles les fixent, les conservent, et peuvent les reproduire sous forme d'images mnésiques lorsqu'elles y sont sollicitées par les excitations évocatrices parties des neurones psychiques. Quand un de ces centres sensoriels est désorganisé par un ramollissement où un foyer hémorragique, le malade atteint d'une telle lésion ne peut pas davantage puiser dans les cellules détruites les images qui y étaient conservées, qu'un négociant ne pourrait tirer de ses magasins ravagés par un incendie les marchandises qu'il y avait préalablement accumulées. Mais il ne s'ensuit pas que ce centre était l'organe autonome d'une mémoire propre, indépendante de la fonction mnésique générale. A ce compte-là, il n'y aurait pas seulement autant de mémoires distinctes que de centres sensoriels corticaux : il y en aurait autant que de cellules à images, car chaque cellule peut être détruite isolément, et la désorganisation de chacun des éléments jouissant de la propriété de revivabilité entraîne fatalement la perte de la reviviscence des images qu'il avait enregistrées et qu'il était seul capable de reproduire.

En réalité, il n'y a pas plus de mémoires partielles qu'une mémoire générale. Il y a une fonction mnésique, qu'on désigne par abstraction sous le nom de mémoire, et qui comprend tous les phénomènes par lesquels s'opèrent la fixation et la recollection des images sensorielles. Elle s'exerce par l'intermédiaire d'organes divers dont certains ont pour mission de conserver les images-sensations et de les reproduire, sous la forme d'images-souvenirs. Si ces organes sont altérés ou détruits, la reproduction des images qu'ils étaient chargés d'opérer est impossible ; mais la perte d'une ou de plusieurs images n'implique pas plus la perte de la fonction mnésique que l'oblitération de quelques alvéoles pulmonaires n'implique la perte de la fonction respiratoire, ou la destruction d'une glande salivaire, la perte de la fonction digestive.

Ces considérations vont nous faciliter l'étude de la nosographie des amnésies en général et celle des amnésies verbales en particulier.

IV. — De par son étymologie : α privatif et μνησις mémoire, le mot amnésie devrait signifier l'absence ou la perte de la mémoire. Mais la mémoire joue un rôle tout-à-fait prépondérant dans le mécanisme de l'intelligence. Elle est, dit très justement M. Ch. Richet, la clé-de-voûte de l'édifice intellectuel (1).

Sans elle, il n'y aurait ni jugement, ni raisonnement, ni imagination, ni conscience, ni personnalité ; sans elle, l'expérience serait stérile, l'éducation impossible, la perfectibilité nulle ; sans elle, nous aurions encore des sensations passagères mais nous n'aurions pas d'idées, car l'idée que nous nous faisons d'une chose est toujours formée par la collection de nos souvenirs relatifs à cette chose. Il en résulte qu'un malade qui n'aurait pas ou n'aurait plus de mémoire serait privé par cela même de toutes ses facultés intellectuelles. Il serait un dément complet, incapable de penser, de raisonner, d'associer deux idées, de concevoir un rapport, de porter un jugement.

Aussi, l'usage s'est-il établi de détourner le mot amnésie de son sens étymologique et de l'appliquer indistinctement aux états pathologiques très variés dans lesquels on constate soit une perte totale ou partielle des souvenirs, soit un amoindrissement de l'activité de l'une ou l'autre des opérations ou de toutes les opérations de la fonction mnésique.

On donne ainsi à des choses très différentes une dénomination identique. Il est fort regrettable que les psychologues et les cliniciens n'aient pas, dès le début de leurs recherches, analysé les faits de plus près et donné à chacune des formes pathologiques des perturbations de la mémoire, notamment à chacune des variétés de l'oubli, un nom spécial. Avec une nomenclature plus précise on eût évité bien des controverses stériles dont la science n'a retiré aucun profit.

Ces controverses ont été d'autant plus ardentes qu'elles se sont compliquées de questions de doctrines. Tant qu'on a considéré la mémoire comme une faculté psychologique, on a envisagé l'amnésie comme une maladie élémentaire de l'âme. Plus tard, quand on a confondu la mémoire avec la propriété générale de revivabilité, on a appliqué le nom d'amnésie à la suppression de tous les phénomènes de reviviscence qui se passent ou peuvent se passer dans les éléments anatomiques. On en est ainsi arrivé à dire que les paralysies n'étaient au fond que des amnésies ; que l'hémiplégie motrice était une amnésie de la motilité ; l'hémianesthésie, une amnésie de la sensibilité ; la perte des réflexes cutanés ou tendineux, des amnésies de la réflectivité médullaire. Je ne sais vraiment pas pourquoi on s'est arrêté en si belle voie, pourquoi on n'a pas dit que l'inertie d'un muscle isolé de ses nerfs moteurs était une amnésie de la contractilité et la gangrène d'un membre l'amnésie de sa nutrition !

Il est grand temps de mettre un terme aux équivoques résultant forcément de cette terminologie vicieuse. Pour cela il faut commencer par définir rigoureusement le mot amnésie. Cela n'est pas très difficile, à la condition qu'on consente à cesser de confondre la mémoire dite organique ou la propriété de revivabilité avec la mémoire psychique. L'amnésie serait alors l'*ensemble des perturbations en moins de la mémoire psychique*.

Mais ainsi définie, elle comprend une foule de faits disparates, qu'il convient de grouper en familles naturelles d'après leurs affinités physiologiques, de façon à en bien spécifier les ressemblances et les dissemblances. Ce groupement sera facile si l'on veut bien suivre pas à pas les phénomènes qui se passent à l'état normal dans l'accomplissement des actes amnésiques.

On arrivera ainsi à classer les amnésies en :

AMNÉSIES DE FIXATION.	*par defaut de pénetration.* *par defaut de retention.*
AMNÉSIES DE RECOLLECTION.	*par défaut d'évocation.* *par defaut de reviviscence.* *par defaut de reconnaissance.*

En résumé, messieurs, le mot amnésie, employé seul, est un terme abstrait comprenant l'ensemble des perturbations en moins de la fonction mnésique. Il ne correspond pas plus à une entité pathologique que le mot mémoire à une entité physiologique. Mais s'il n'y a pas une amnésie, il y a des troubles de la mémoire qu'on peut classer en deux groupes principaux correspondant aux deux séries de phénomènes dont la succession assure l'accomplissement des actes mnésiques complets et forment : 1° les amnésies de fixation, dépendant tantôt d'un défaut de la pénétration, tantôt d'un défaut de la rétention des images, et 2° les amnésies

(1) Ch. Richet. — *Les origines et les modalités de la mémoire. Revue philosophique*, juin 1886, t. XXI, p. 560.

de recollection qui se subdivisent en trois variétés selon que la perturbation élémentaire de la fonetion mnésique porte sur l'évocation, la reviviscence ou la reconnaissance des images.

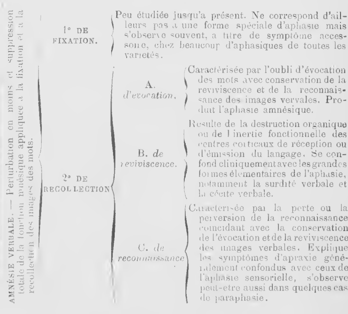
V. — Il nous reste à appliquer à la fonction du langage et à la pathogénie de l'aphasie les notions générales que nous venons d'acquérir sur la mémoire et les amnésies.

La mémoire est une des conditions essentielles de la formation et de l'émission du langage. Parler, c'est remplacer des objets ou des idées par des signes conventionnels appelés mots. Ces mots, gravés et conservés dans notre esprit par la mémoire de fixation, en sont évoqués chaque fois que nous voulons exprimer les idées qu'ils représentent, par un acte de recollection que l'habitude a rendu presque automatique. Il est de toute évidence que nous ne nous souvenons des mots que par la reviviscence de leurs images sensorielles et que nous n'en comprenons la signification que par l'association de leurs images-souvenirs avec celles des objets ou des idées dont ils sont les substituts. Cette association secondaire, sans laquelle les mots n'auraient pas de sens et ne pourraient servir à exprimer des pensées, est un des phénomènes principaux de la fonction du langage. Il ne se produit pas ou se produit avec beaucoup moins de constance dans les actes de mémoire simple. Quand je me rappelle un paysage que j'ai vu jadis, j'en revois mentalement les lignes, les horizons, les couleurs, la perspective, mais l'intellect n'intervient pas plus dans la reviviscence de l'image visuelle qui reproduit ce paysage, qu'il n'est intervenu dans sa fixation le jour où je l'ai vu pour la première fois. Au contraire, l'évocation du nom d'un objet ou d'une personne que je connais n'implique pas seulement la reviviscence d'une série de sons ou d'une succession de lettres, mais aussi, et du même coup, le souvenir des attributs de l'objet ou du personnage que désigne et remplace ce nom ; et, inversement, la vue d'un objet ou la reviviscence des images relatives à un objet à nous connu, rappelle immédiatement à notre esprit le mot servant à désigner cet objet.

La mémoire verbale est donc plus complexe, plus perfectionnée, plus intimement liée aux fonctions psychiques que la mémoire commune. Cependant les mêmes lois président à la conservation et à la recollection des images des mots et des choses.

C'est vous dire que la mémoire des mots n'est pas plus une faculté autonome que la mémoire des choses. C'est vous dire aussi que des perturbations identiques peuvent atteindre la fonction mnésique, soit qu'elle s'applique aux mots ou aux choses.

Ces perturbations de la mémoire verbale ont été décrites, avant qu'on en ait suffisamment étudié les caractères et déterminé les variétés, sous le nom d'*amnésie verbale*; expression malheureuse, dont le sens, mal déterminé et différemment interprété par les auteurs, a donné lieu aux discussions confuses dont j'ai essayé de vous exposer l'historique dans la dernière leçon. On a compris, en effet, sous ce nom : tantot un défaut de l'évocation ou de la représentation mentale des mots (Lordat, Trousseau, etc.), tantot un affaiblissement de l'excitabilité des centres corticaux du langage (Charcot), tantot enfin la perte des images sensorielles des symboles vocaux (Déjerine). De là l'inextricable confusion qui règne sur cette question. Pour y mettre un terme il suffirait, ce me semble, d'appliquer à l'amnésie verbale les mêmes principes de nomenclature et de classification qui ont permis d'établir dans le groupe des amnésies générales un certain nombre de divisions naturelles basées sur la physiologie des actes mnésiques. Il serait ensuite facile de déterminer dans quelle mesure chacune des variétés de l'amnésie verbale prend part à la production des diverses perturbations du langage dont l'ensemble forme les divers syndromes aphasiques. Le tableau suivant est établi d'après ces idées :



AMNÉSIE VERBALE. — Perturbation en moins et suppression totale de la fonction mnésique appliquée à la fixation et à la recollection des images des mots.	1° DE FIXATION.		Peu étudiée jusqu'à présent. Ne correspond d'ailleurs pas à une forme spéciale d'aphasie mais s'observe souvent, à titre de symptôme accessoire, chez beaucoup d'aphasiques de toutes les variétés.
	2° DE RECOLLECTION	A. *d'évocation.*	Caractérisée par l'oubli d'évocation des mots avec conservation de la reviviscence et de la reconnaissance des images vervales. Produit l'aphasie amnésique.
		B. *de reviviscence.*	Résulte de la destruction organique ou de l'inertie fonctionnelle des centres corticaux de réception ou d'émission du langage. Se confond cliniquement avec les grandes formes élémentaires de l'aphasie, notamment la surdité verbale et la cécité verbale.
		C. *de reconnaissance*	Caractérisée par la perte ou la perversion de la reconnaissance coïncidant avec la conservation de l'évocation et de la reviviscence des images verbales. Explique les symptômes d'apraxie généralement confondus avec ceux de l'aphasie sensorielle, s'observe peut-être aussi dans quelques cas de paraphasie.

Le temps me manque pour en justifier toutes les divisions. Je veux seulement vous faire observer que l'amnésie d'évocation y occupe une place autre que l'amnésie de reviviscence avec laquelle elle ne doit pas être confondue. Celle-ci joue un rôle dans la production des symptômes caractérisant les formes élémentaires de l'aphasie, notamment de la surdité verbale et de la cécité verbale. Celle-là n'a rien de commun avec l'une ou l'autre des formes pures de l'aphasie sensorielle ou de l'aphasie motrice.

En revanche, elle est la condition pathogénique essentielle de la perturbation du langage causée par l'oubli d'évocation des mots tel que nous l'avons constaté chez la malade que nous avons examinée ensemble dans la dernière leçon, tel que Lordat, Trousseau, James Russel, Sanders, Prophan, William Ogle, etc., l'avaient observée dans les cas qu'ils désignaient sous le nom d'aphasie amnésique.

Assurément, cette expression d'aphasie amnésique appliquée aux seuls faits cliniques dans lesquels les troubles du langage sont provoqués par un défaut de l'évocation des mots, est défectueuse puisque des phénomènes de nature amnésique peuvent exister et existent sûrement dans d'autres formes d'aphasie. Je verrais pour ma part de grands avantages à lui en substituer une autre, par exemple celle *d'aphasie dysmnésique d'évocation*, qui ne prêterait à aucune équivoque Mais l'usage exerce une domination tyrannique à laquelle il est à peu près impossible de se soustraire. Je vous propose donc de conserver tout mauvais soit-il, ce terme d'aphasie amnésique consacré par de longues traditions. Seulement, qu'il soit bien entendu entre nous, que nous ne comprenons sous cette dénomination que les cas d'aphasie dans lesquels les troubles du langage sont uniquement causés par une perturbation de l'évocation mnésique des mots.

Permettez-moi de vous faire remarquer en terminant, que cette manière de voir ne contredit en rien

les notions fondamentales que les recherches récentes sur la physiologie de la parole ont fait accepter par la grande majorité de nos contemporains. Elle explique des faits cliniques nombreux, précis, évidents, tout en respectant les interprétations psychologiques généralement admises. Elle ne diminue pas l'importance des quatre centres différenciés de réception et d'émission du langage : centre des images auditives verbales, centre des images optiques, centre des images motrices phonétiques, centre des images motrices graphiques. Elle leur applique simplement cette loi de biologie générale d'après laquelle les éléments anatomiques quels qu'ils soient ne portent jamais en eux-mêmes les causes de leur propre excitation. Pour qu'ils entrent en activité, il faut toujours qu'ils y soient sollicités par des circonstances extérieures. Dans l'espèce, les cellules à images resteraient indéfiniment inertes si elles n'étaient actionnées par des interventions étrangères. Quand nous voulons parler, l'idée éveille les images des mots qui la doivent revêtir. Mais si, pour une raison quelconque, l'idée présente n'éveille plus les images verbales qui lui sont adéquates, le langage est compromis. Il l'est autrement et par un autre mécanisme que si les centres des images sensorielles ou motrices des mots étaient détruits; mais il l'est tout de même. Le malade conserve *in posse*, la faculté de parler ou d'écrire: il peut répéter les mots qu'on prononce devant lui, écrire d'après copie ou sous dictée ; mais il ne peut plus évoquer spontanément, au moment opportun, les images verbales qui lui seraient nécessaires pour revêtir sa pensée par des mots appropriés.

En d'autres termes, *l'aphasie sensorielle et l'aphasie motrice* sont les manifestions symptomatiques de la perte de l'excitabilité organique ou fonctionnelle des centres des images sensorielles ou motrices des mots, *l'aphasie amnésique* est le signe révélateur de la rupture des communications entre les centres psychiques intacts, et les centres inaltérés des images verbales.

HYGIÈNE DE LA PREMIÈRE ENFANCE

Le lait stérilisé. — Progrès à réaliser.

Par H. DE ROTHSCHILD.

La stérilisation du lait, ou pour être plus exact, le *lait stérilisé*, ne date que de huit ou dix ans : et comme pour toutes les créations récentes, les progrès réalisés dans les deux dernières années ont été très importants. Dans cette courte étude nous nous proposons d'examiner plus particulièrement l'état actuel de la question, plutôt que d'en faire l'historique à proprement parler. Ce qui importe pour l'heure, ce n'est pas de savoir ce qui a été fait, mais bien de se rendre compte de ce que l'on doit faire encore, et quels sont les progrès qui restent à réaliser.

C'est à Pasteur que l'on est redevable de la stérilisation du lait comme on lui est redevable de tant d'autres bienfaits, et son nom demeure caché dans l'ombre à l'avantage peut-être de savants étrangers qui n'ont fait que compléter son œuvre. La stérilisation remonte à la même époque que la génération spontanée et Pasteur se servait d'un ballon de lait sterilisé et fermé à la lampe pour montrer que le liquide débarrassé par la chaleur de ses germes vivants ne s'altérait pas et ne fermentait pas. Mais si Pasteur avait su démontrer que le lait chauffé à plus de 100 degrés, et renfermé, à l'abri de l'air, dans un ballon clos, ne s'altérait pas, il a fallu attendre un certain nombre d'années pour que le principe fut appliqué à la thérapeutique et à l'hygiène infantile.

En 1886, pour la première fois, Soxhlet, professeur a l'Université de Munich, élève un de ses propres enfants avec du lait chauffé au bain-marie à 100° et réparti dans des flacons gradués. Le résultat obtenu fut excellent. Dès lors, le professeur allemand fait construire un petit appareil spécial pour la *préparation* du lait destiné à l'allaitement des nourrissons. Les résultats furent des plus heureux. Vers la fin de 1886 il les publia; la nouvelle méthode, et l'appareil dit « de Soxhlet », se répandirent rapidement en Allemagne d'abord, puis en France, où elles furent officiellement expérimentées en 1892 par M. le Dr Budin, alors accoucheur de la Charité. L'industrie chercha, de son côté, à préparer du lait qui pût à la fois remplir les mêmes conditions que le lait préparé par Soxhlet et se conserver un certain laps de temps sans s'altérer. Les premières tentatives furent faites avec succès en Allemagne, puis en Belgique, en France et en Angleterre. Les résultats obtenus, quoique satisfaisants, n'étaient pas parfaits, la qualité du lait était souvent médiocre, la température élevée de 115 à 120 degrés modifiait la caséine, le beurre et la lactose, donnait au lait un goût désagréable et lui enlevait une partie de ses propriétés nutritives. D'autre part le bouchage était défectueux : les flacons n'étaient qu'imparfaitement obturés, et un certain nombre de bouteilles de lait s'altéraient. Mais le gros reproche qui fut de suite adressé au lait stérilisé fut son prix très élevé qui le mettait très difficilement à la portée des petites bourses, des familles ouvrières, auxquelles il s'adressait plus particulièrement, les familles aisées ayant les moyens de recourir à une nourrice mercenaire au sein.

Comme cela arrive toujours pour les découvertes nouvelles, le lait stérilisé eut de bonne heure des détracteurs et des ennemis. On reprocha au lait stérilisé de n'être pas aussi nutritif que le lait cru, la caséine et le beurre étaient modifiés par la chaleur. Certains dirent que recourir à la stérilisation du lait c'était favoriser l'allaitement artificiel et la suppression de l'allaitement au sein. On prétendit avoir des insuccès et même des accidents pour les opposer à ceux qui s'efforçaient de propager la nouvelle méthode, dans le seul but d'améliorer le sort des nourrissons soumis pour des raisons de force majeure à l'allaitement mixte ou à l'allaitement artificiel.

En France, on parut au début très hésitant. Mais il se trouve toujours des personnes impartiales qui, avant de se prononcer, veulent juger sur un grand nombre de faits. M. le Pr Budin fut de ces dernières, et, au commencement de l'année 1892, il décida d'avoir recours d'une façon systématique et régulière, au lait stérilisé, dans son service d'accouchement de la Charité. — Il résolut d'avoir recours à la méthode la plus simple, et adopta l'appareil de Soxhlet, le simple bain-marie à l'aide duquel on chauffe le lait à 100 degrés et qui permet de détruire tous les germes susceptibles de déterminer des accidents gastro-intestinaux chez le nourrisson. — En faisant usage du lait stérilisé dans ces conditions, M. le Pr Budin se rendait parfaitement compte qu'il pourrait de la sorte aider un grand nombre de mères à allaiter elles-mêmes leurs nourrissons et permettre à d'autres de renoncer à la mise en nourrice à la campagne. — Il rejeta, au début, les laits stérilisés que pouvait lui fournir à cette époque l'industrie, parce qu'ils ne présentaient pas encore toutes les garanties désirables et qu'il avait vu leur emploi déterminer des accidents.

M. le Pr Budin obtint bientôt du Directeur de l'Assistance publique l'autorisation de faire revenir à l'hôpital de la Charité les bébés nés dans son service, pour surveiller leur allaitement au sein (donné par la mère) et pour leur faire distribuer chaque jour la ration de lait stérilisé qui leur était nécessaire quand leurs mères n'avaient pas assez de lait pour les allaiter complètement au sein. C'est ainsi que M. le Pr Budin créa la première consultation spéciale de nourrissons. C'est chez un très grand nombre d'enfants, suivis régulièrement et avec une persévérance qui a fait honneur à M. le Pr Budin, que l'on peut étudier les effets de l'allaitement par le lait stérilisé. Aussi fut-ce en se fondant sur plusieurs centaines d'observations de nourrissons ainsi allaités, qu'il put présenter à l'Académie de Médecine en 1892 et 1893, en collaboration avec son interne, M. Chavane, les résultats excellents qu'il avait obtenus par l'emploi du lait stérilisé.

Aussi, si M. le Pr Budin n'est pas l'inventeur du lait stérilisé, il est un des premiers, en France, qui en ait fait usage d'une façon systématique et prolongée. C'est lui, le premier, qui a publié des observations minutieusement prises et une statistique nettement concluante, devant laquelle la majorité des médecins s'est inclinée.

Mais en établissant d'une façon absolue la supériorité incontestable du lait stérilisé sur le lait cru et sur le lait bouilli, M. le Pr Budin avait toujours fait usage du lait stérilisé au bain-marie. Il avait repoussé le lait stérilisé de l'industrie. En effet l'industrie se trouvait encore dans la période dite de tâtonnement. Les flacons de lait qu'elle offrait au public étaient d'une conservation parfois insuffisante, le lait s'altérait et les enfants auxquels on l'administrait imprudemment étaient pris de troubles gastro-intestinaux graves. D'autre part, aucun industriel n'était arrivé à fournir le lait stérilisé en portions fractionnées de 50, 75, 100, 120 et 150 gr., comme il est si facile de le faire avec les appareils dits domestiques. On ne pouvait avoir recours qu'à des flacons d'une contenance minimum d'un demi-litre : rien ne favorisait plus la suralimentation qui est si souvent le point de départ d'accidents gastro-intestinaux. On était obligé alors, ou bien de jeter les trois quarts du lait quand l'enfant ne devait prendre que 100 ou 150 grammes, ou bien de laisser le flacon en vidange pendant toute une journée, et le lait s'altérait avec une extrême rapidité, surtout pendant les mois d'été. Aussi M. le Pr Budin a-t-il, jusqu'à ces derniers temps, préconisé dans les familles le lait stérilisé au bain-marie, qui permet de fractionner le lait en prises de 50, 75, 100, 120 grammes, mais qui nécessite l'emploi d'un lait journellement renouvelé puisque la stérilisation à 100° est insuffisante pour assurer au lait une conservation prolongée. Dans les crèches, dans les dispensaires et dans les hôpitaux d'enfants, quand à la même heure on distribue aux petits malades des quantités de lait, et qu'on le dose avec grand soin, M. Budin pensait qu'on pourrait avoir recours au lait stérilisé par l'industrie (Rapport à la Commission des Crèches).

Prouver par plusieurs centaines de faits que seul le lait stérilisé permet de soumettre, sans grands dangers, les nourrissons à l'allaitement mixte et à l'allaitement artificiel, telle fut la première étape de l'œuvre du Pr Budin. De décembre 1896 à juillet 1898, sur la proposition de M. Paul Strauss une commission d'études fut instituée par le Conseil municipal de Paris, pour étudier toutes les questions qui se rapportaient au lait, à l'alimentation des malades et à celles des nourrissons privés par une raison quelconque du sein de leur mère ou d'une bonne nourrice. Cette commission fut composée des spécialistes les plus éminents que la question du lait intéressait : MM. Duclaux, Girard, Nocard, Napias, Roux, Variot, Comby, Paul Vincey, etc. Le Pr Budin fut nommé rapporteur général. Il démontra, à l'aide d'analyses nombreuses, que le lait vendu à Paris chez les débitants était presque toujours de mauvaise qualité, surtout le lait dit « à bon marché » plus particulièrement destiné aux classes ouvrières. Ce lait subissait une double fraude : 1° il était surtout écrémé : 2° il était aussi mouillé. Dans ces conditions il était impossible que des enfants nourris avec ce liquide falsifié fussent capables de supporter l'allaitement au biberon même en admettant que le lait fût stérilisé.

La commission a étudié les moyens qui permettraient d'éviter cette fraude et à la demande de M. Paul Strauss, elle émit le vœu que des distributions de lait stérilisé de bonne qualité fussent faites aux femmes nécessiteuses, sous la surveillance du Conseil municipal et de l'Assistance publique.

D'autre part, M. Budin soumit aux représentants de l'industrie laitière un certain nombre de *desiderata* concernant la préparation du lait stérilisé de l'industrie. C'est ainsi qu'il demanda :

1° Que du lait pur non écrémé et non mouillé, fût réparti dans des flacons gradués de contenance, variant de 50 à 150 grammes.

2° Que les flacons fussent *datés* de façon à permettre au public de se rendre compte de la fraîcheur et par conséquent de la qualité du lait.

La réalisation de ces vœux constituerait un progrès considérable dans la préparation du lait stérilisé de l'industrie. Elle permettrait, en effet :

1° De remplacer la stérilisation incomplète du lait à domicile, par la stérilisation absolue du lait.

2° De permettre aux parents de n'acheter que strictement la ration nécessaire pour l'enfant, et de réaliser de ce fait d'importantes économies.

3° De conserver pendant un certain temps (8 à 15 jours) un lait de bonne qualité et non frelaté.

Ajoutons que si on pouvait livrer au public du lait fraîchement stérilisé à un prix sensiblement inférieur aux prix actuels, on permettrait aux établissements de bienfaisance de distribuer à peu de frais du lait stérilisé à un grand nombre d'enfants (certains nourrissons soumis à l'allaitement mixte ne devant prendre que 100 à 200 gr. de lait stérilisé par 24 heures).

Il ne se passera pas beaucoup de temps, croyons-nous, avant que l'industrie ne mette à profit les sages recommandations qu'on a bien voulu lui donner. Dès lors, l'administration du lait stérilisé pourra se faire d'une façon systématique et régulière, sans difficulté pour les parents, et sans crainte pour le médecin. Ce jour-là on pourra dire, avec le Pr Budin, qu'on aura atteint la perfection.

Quelques médecins ne veulent pas encore admettre l'emploi du lait pur stérilisé pour l'alimentation des tout jeunes enfants. Pour ceux-là, l'industrie pourra préparer des laits stérilisés spéciaux où la caséine, le beurre et la lactose seront rigoureusement dosés d'après les indications de ceux qui professent l'utilité de la dilution du lait. Mais les flacons contenant ces laits modifiés devront porter une étiquette et une désignation spéciales qui permettra de les différencier des laits stérilisés purs. Le médecin pourra alors formuler telle ou telle préparation, ou du lait stérilisé pur. De ce fait, le lait stérilisé cessera d'être un produit alimentaire pour devenir une spécialité pharmaceutique que le médecin devra prescrire comme un véritable médicament.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Prophylaxie de la Tuberculose.

M. le Pr Grancher a, le mois dernier, déposé, sur le bureau de l'Académie de Médecine, un remarquable rapport (1) dont il faut louer l'esprit pratique et la sage modération. La Commission n'a point songé à demander une loi spéciale contre la propagation de la tuberculose ni même à inscrire la tuberculose parmi les maladies dont la déclaration a été rendue obligatoire. De cette abstention, M. Grancher donne de bonnes raisons ; la première est que, dès aujourd'hui, il est établi que la déclaration obligatoire, combinée avec la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, aboutit en réalité à des résultats presque nuls. Et qu'il nous soit permis de rappeler, en passant, que nous avions prévu (2) ce que M. Grancher dit mieux que nous : « Le peu d'utilité de cette déclaration, qui manque de la sanction nécessaire : la désinfection, ou mieux, la prophylaxie sous la forme qui convient à la maladie déclarée. Le législateur, en même temps qu'il ordonnait la déclaration obligatoire, eut du ordonner de prévoir l'emploi des moyens de défense. » En d'autres termes, il ne fallait pas mettre la charrue avant les bœufs. Une autre raison est que

(1) Au nom d'une Commission composée de MM. Roussel, président, Bergeron, vice-président, Besnier, Brouardel, Colin, Magnan, H. Monod, Motet, Napias, Nocard, Proust, Roux, Vallin et Grancher, rapporteur.

(2) *Progrès médical*, 1892, 1er semestre, p. 221.

la tuberculose passe, dans l'opinion générale, pour plus héréditaire encore que contagieuse : les familles se révolteraient contre une déclaration, dont le secret serait nécessairement dévoilé par les mesures que, logiquement, elle entrainerait. Enfin, il serait matériellement impossible d'appliquer une prophylaxie utile dans une famille récalcitrante, à moins d'interner le malade dans un hôpital, comme l'ont proposé, en Norwège les Ds Hohnboê et Nanssen. En France, les plus déterminés partisans de l'intervention de l'Etat reculeraient, croyons-nous, devant ce moyen héroïque.

La Commission a donc renoncé à faire appel à l'autorité. Elle n'en croit pas moins possible de faire œuvre utile, sans coërcition légale, en posant les règles générales et invariables de la prophylaxie, et en en demandant l'application aux personnes autorisées et responsables dans les divers milieux sociaux : famille, école, atelier, armée, hôpitaux, etc.

Dans la lutte contre la tuberculose, le champ de bataille est nettement circonscrit, plus nettement que dans beaucoup de maladies contagieuses. « Seuls, les crachats ou les suppurations bacillifères sont dangereux ; encore faut-il que ces liquides desséchés flottent dans l'atmosphère à l'état poussiéreux. » En dehors de la tuberculose par ingestion de viandes contaminées et des tuberculoses suppurées, relativement rares, le crachat est donc la grande et unique source de la phtisie. Il est donc facile, comme le recommande M. Grancher, de ne pas dépasser le but et de n'être pas plus microbien qu'il ne faut; recommandation qui, dans sa bouche, a une valeur toute particulière. Détruire le crachat avant qu'il soit désséché et pulvérisé, presque tout est là.

Pour atteindre ce but dans la famille, M. Grancher estime qu'avant tout, « il faut que le médecin traitant s'explique de bonne heure avec le malade et avec la famille ». A aucun point de vue on ne gagnerait rien à temporiser; un jour viendra, où la vérité éclatera, trop tard pour le malade... et pour le médecin. Dire la vérité, dès que le diagnostic est fixé, est donc le plus sage. D'ailleurs, « pour etre médecin, il n'est pas défendu d'être psychologue et diplomate ». La tuberculose dénoncée, il est certain qu'on obtiendra de la docilité du malade l'exécution de précautions : usage de crachoirs, lavage du parquet et des meubles, qu'autrement on lui demanderait en vain, aussi bien qu'à son entourage. Quant à l'établissement précoce du diagnostic, M. Grancher déconseille l'emploi de la tuberculine, réactif trop délicat; des sérums artificiels ou préparés, qui sont dangereux, et des rayons X, qui ont à faire leurs preuves. On doit compter uniquement sur les moyens cliniques et formuler diagnostic, traitement et prophylaxie, sans attendre la présence des bacilles. Ce qui n'empêche pas d'en surveiller l'apparition. Et à ce propos, M. Grancher réclame, avec juste raison, une petite réforme garantissant l'aptitude du médecin à reconnaître un bacille tuberculeux, diphtérique ou typhique : c'est une épreuve à introduire dans les examens

« L'armée, dit M. Grancher, est une école de discipline, et il semble que nulle part il soit plus facile d'obtenir le respect des lois de l'hygiène. » Un fait récent pourrait faire craindre que ce ne soit là une illusion. Il est bien facile de vérifier l'état des conserves alimentaires avant de les distribuer, et cependant à deux reprises en moins de huit jours, une centaine de cuirassiers ont été gravement empoisonnés à Tours par des conserves avariées. Mais une hirondelle ne fait pas le printemps, et il faut reconnaître, avec M. Grancher, que si, par la faute du commandement ou du corps de santé, il y a encore trop loin du règlement à la pratique, de grands progrès cependant ont été réalisés dans ces dix dernières années.

Il n'en reste pas moins beaucoup à faire, notamment en ce qui concerne la tuberculose, qui ne diminue pas dans l'armée, si même elle n'y augmente comme les statistiques tendraient à le faire croire. Ecarter les tuberculeux de l'armée, instituer sérieusement la police sanitaire de la caserne, telles sont les mesures nécessaires et suffisantes que préconise M. Grancher. La seconde relève uniquement du commandement; c'est donc à lui seul qu'incombe le soin d'interdire de cracher ailleurs que dans les crachoirs, de veiller au bon état de ces appareils, au lavage des planchers coaltarisés ou paraffinés, à l'exclusion absolue du médecin. De là, conclut M. Grancher, nécessité de faire la conviction des chefs sur le danger de leur inaction en matière sanitaire, en complétant et précisant les leçons d'hygiène déjà données dans les écoles militaires. A ces leçons qui seront toujours élémentaires, ou qui risqueront, si elles deviennent plus approfondies, de donner à nos officiers une idée trop avantageuse de leur savoir en hygiène et de les porter à négliger les avis des médecins, nous préférerions l'ouverture de la chambrée à l'inspection médicale. On a sous la main un personnel compétent, pourquoi laisser sa besogne naturelle à un autre personnel, plus ou moins incompétent, et d'ailleurs assez occupé ? La confiance de M. Grancher dans l'efficacité de ces leçons, comme dans celle des instructions ministérielles, n'est du reste pas illimitée, et il adjure les médecins militaires de s'efforcer, dans l'intimité du mess, de faire de nos officiers des hygiénistes par persuasion.

L'élimination des tuberculeux de l'armée peut se faire, soit avant l'entrée des hommes au corps, soit après. Avant, l'examen n'est serieux ni au conseil de revision ni à la visite de départ; le temps fait défaut ; la visite d'incorporation seule permet un triage effectif. Mais alors entrent en lutte le commandement et le médecin. La commission pense que la réforme ne doit être prononcée, temporaire au besoin que dans le cas de tuberculose manifeste, même au début. Les suspects peuvent être conservés, tel conscrit, débile en apparence, pouvant se fortifier au service. Après l'incorporation fonctionne la commission de réforme, se réunissant tous les mois. Mais là le medecin n'est appelé qu'à titre d'expert; il propose, et le président, général de brigade, dispose. Aussi le voit-on souvent refuser de prononcer la réforme. Il conviendrait donc de donner aux médecins plus d'autorité. Mais en supposant que l'on arrive à éliminer de l'armée tous les tuberculeux avérés, il convient de ne pas se dissimuler qu'on a fait seulement un virement. Les éliminés rentrent dans la population civile et on peut se demander s'il y a un

bénéfice réel, soit à leur point de vue personnel, soit à celui de la propagation du mal.

A l'école primaire, bien que le nombre des tuberculeux y soit grand, il est rare qu'ils soient un danger pour leurs camarades. Il suffira donc de défendre de cracher par terre, et de balayer à sec. — Dans les lycées et collèges l'expectoration bacillaire est plus fréquente ; à la prescription précédente, il faudra donc ajouter l'intervention du médecin amenant la famille à reprendre l'enfant malade.

Dans les ateliers, les mêmes soins de propreté s'imposent à plus forte raison encore; mais il est impossible d'éliminer les malades dont le travail est souvent la seule ressource de la famille.

Dans les hôpitaux la création des pavillons spéciaux a été un grand progrès; malheureusement il a fallu trop souvent se contenter d'adapter de vieux bâtiments aux nouveaux services, en attendant les hôpitaux spéciaux. La Commission rappelle la nécessité de l'antisepsie médicale de toutes les salles des hôpitaux, de la substitution du lavage au balayage à sec, de la désinfection et de l'étuvage de tous les objets ayant servi aux malades, de la destruction des crachats recueillis dans des crachoirs personnels ou communs; enfin, d'une surveillance rigoureuse exercée par des infirmiers sanitaires. Ce dernier point suppose une réforme préalable du recrutement et du traitement des infirmiers, mal logés, mal nourris, mal payés, et sans instruction. En s'associant au vœu de la Commission hospitalière « invitant l'Assistance publique à assimiler le corps d'infirmiers aux infirmières qui se montrent partout à la hauteur de leur tâche », M. Grancher a rendu un hommage juste et mérité aux longs efforts faits par notre ami M. Bourneville pour l'amélioration du sort des modestes serviteurs de nos hospices et hôpitaux.

En terminant son rapport, M. Grancher conclut à l'exagération du danger d'infection par l'ingestion des viandes de source tuberculeuse, à la quasi-innocuité du beurre et du fromage de même origine; mais, par contre, à la réalité de la fréquence relative de l'infection par le lait d'animaux malades. Le lait de cette provenance doit donc être tenu pour suspect et traité comme tel.

Il n'en reste pas moins que le grand véhicule de la tuberculose est le crachat ; et si les conseils de M. Grancher étaient partout suivis, il n'est pas douteux qu'on verrait bientôt tomber le taux de la mortalité par la phtisie.

E. T.

Une centenaire. — On annonce de la commune de Saint Pierre-de-Cernières (Eure), le décès, à l'âge de cent quatre ans, d'une dame veuve Guesney. Dans cette même commune est mort en 1829, un autre centenaire nommé Leclerc-Lambert, à l'âge de cent neuf ans.

Un Médecin centenaire. — Le Dr Mavroyénis, le dernier survivant de la guerre de l'Indépendance, vient d'accomplir sa centième année. Né à Paros en 1798, il faisait ses études médicales en Italie, quand éclata, en 1821, le soulèvement contre les Turcs. Il vola au secours de sa patrie et les nombreuses blessures qu'il reçut sur les champs de bataille témoignent de sa conduite héroïque. Le Dr Mavroyénis vit maintenant dans une paisible retraite en compagnie d'une sœur qui a six ans de moins que lui. — (*La Presse médicale*.)

Les Centenaires en Grèce. — De Corapsi, village des environs d'Athènes, on annonce la mort de Constantin Mercouris, agé de 119 ans. — (*Lyon médical.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 juin. — Présidence de M. Jaccoud.

Prophylaxie de la tuberculose.

M. Blache présente un crachoir de poche en aluminium très pratique employé au sanatorium de Villiers-sur-Marne et semblant répondre à tous les desiderata.

La Médecine pendant la Révolution.

M. Lallemand donne connaissance d'une série de documents sur le fonctionnement des hôpitaux en France pendant la Révolution et lit une lettre inédite de Xavier Bichat, demandant au ministre une place de médecin surnuméraire à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Elections.

M. Paul Richer est élu membre associé libre par 59 voix sur 95 votants (deuxième tour de scrutin). Ont obtenu : MM. Commenge, 33 voix; Galippe, 18; Corlieu, 1.

M. Vanlair (de Liège) est élu membre associé étranger par 61 voix contre 5 à M. Rommelaere (de Bruxelles); 2 à M. Sidney Riger (de Londres).

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'accouchements. Ordre de classement : 1re ligne : M. Ribemont-Dessaignes; deuxième ligne (*ex æquo*) : MM. Bar, Champetier de Ribes, Doléris, Labadie-Lagrave, Maygrier.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 juin 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Glycosurie passagère après l'emploi de la somatose chez une nourrice.

M. Rénon, persuadé de l'action remarquable de la somatose sur la sécrétion lactée, l'administra à une nourrice de 40 ans, neurasthénique, qui, à la suite d'une grippe, avait eu une diminution notable de la sécrétion lactée. Le lait augmenta, mais de la glycosurie survint, qui ne cessa qu'avec l'abandon de la somatose.

M. Le Gendre rappelle que la glycosurie transitoire n'est pas rare chez les nourrices. Il n'a jamais observé de glycosurie à la suite de l'usage de la somatose.

Gangrène du poumon et thoracotomie.

MM. Galliard et Bernard, chez un malade atteint de gangrène pulmonaire ont fait pratiquer la thoracotomie, le malade mourut, une collection purulente enkystée dans la plèvre droite en avant sur le draphragme n'avait pu bénéficier de l'ouverture du thorax.

M. Netter pense qu'on doit être réservé dans les interventions chirurgicales pour gangrène pulmonaire. Elles peuvent être indiquées, mais rarement elles sont utiles. Dans la dilatation des bronches, elles donnent toujours de mauvais résultats et le diagnostic de la bronchiectasie et de la gangrène pulmonaire n'est pas toujours facile.

Méningite cérébro-spinale.

M. Florand signale un nouveau cas de méningite cérébro-spinale suivie de décès chez une enfant. La ponction lombaire lui fit constater des cocci isolés et en chaînettes.

M. Netter a observé de 32 cas de méningite cérébro-spinale. Parmi eux 9 étaient associés à la méningite tuberculeuse; il fit 11 autopsies, 2 malades quittèrent son service après la ponction lombaire; 3 sont guéris; 3 sont en cours de traitement; 4 autres sont guéris mais étaient atteints de maladies atténuées.

M. Dalché a soigné un homme atteint il y a dix ans de pneumonie. Après sa guérison il fut pris de fièvre intense, de délire de convulsions jacksonniennes. Il se remit néanmoins. Il n'était pas syphilitique et n'avait jamais eu d'accidents

morbides avant sa pneumonie. Depuis les crises convulsives ont disparu. Il a eu sans doute une méningite à pneumocoques dont il est guéri. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 juin 1898. — Présidence de M. Berger.

Discussion sur l'occlusion intestinale par torsion du mésentère.

M. Kirmisson a observé chez un jeune garçon une variété d'occlusion se rapprochant des faits observés par M. Delbet. Il s'agit d'un enfant de 13 ans entré le 11 mars dernier dans son service de l'hôpital Trousseau. Il avait été pris, huit jours auparavant, de vomissements s'accompagnant de douleurs et de constipation. Ces mêmes accidents, mis d'abord sur le compte d'un simple embarras gastrique, augmentèrent d'intensité et le 10 mars les vomissements étaient fécaloïdes avec arrêt complet des matières et des gaz. Malgré cela, l'état général restait relativement bon. Au toucher rectal, on sentait l'intestin vide, déplissé. Il était difficile de trouver la cause d'une pareille occlusion, d'autant plus que le ventre restait rétracté en bateau, au point de faire croire à une variété de méningite tuberculeuse. Devant la persistance des accidents, la laparotomie fut pratiquée. L'intestin fut trouvé vide et affaissé, mais en aucun point on ne put trouver la cause des accidents. M. Kirmisson fut bien frappé par la saillie d'une bride fibreuse, passant au-devant du duodénum de façon à le fixer en place, mais ses aides lui faisant remarquer que cette bride pouvait être le muscle de Treitz, il n'alla pas plus loin et referma le ventre. Il avait remarqué aussi dans la fosse iliaque droite l'extrême engorgement des veines mésaraïques. L'enfant mourut dans la soirée. A l'autopsie, on ne trouva rien d'anormal dans l'abdomen, mais en cherchant à dérouler l'intestin, on remarqua que ce déroulement était impossible. La cause en était dans le mésentère qui avait exécuté une torsion complète autour de son insertion. M. Kirmisson pense que s'il avait poussé ses tentatives plus loin, il eût pu, par un mouvemant de rotation, rétablir l'intestin dans sa situation normale et guérir l'enfant. Un point remarquable dans son observation est l'état de rétraction de l'abdomen, si différent de la distension sur laquelle insiste M. Delbet.

M. Reynier est d'avis que ces cas d'occlusion, décrits comme nouveaux, ne sont pas aussi rares qu'on le croit. Pour sa part, il en a observé trois cas dans son seul service. L'un fut opéré par M. Isch-Wall, qui fit faire à l'intestin un mouvement de rotation et guérit son malade. Depuis longtemps, on a décrit des cas de guerre, et Rokitansky, dès 1832, parle d'étranglements rotatoires, dus à la rotation de l'intestin autour de son axe propre ou autour de l'axe du mésentère.

M. Monod a observé en 1893 un cas qui rentre aussi dans cet ordre de faits. Il s'agissait d'une jeune fille de 15 ans, présentant des accidents d'occlusion avec météorisme très prononcé, prédominent surtout vers la partie médiane de l'abdomen. Les douleurs siégeaient dans les reins. A la laparotomie, on trouva les anses intestinales très distendues. L'une d'elles, grosse comme la poche d'un kyste, vint de suite faire hernie à travers la plaie. Elle dut être ponctionnée. On constata alors que le mésentère était tordu. M. Monod remit l'intestin en place en lui faisant exécuter un mouvement de spire de droite à gauche. L'intestin était malheureusement assez altéré et la malade succomba de septicémie. L'intervention avait eu pour résultat de faire cesser les douleurs et avait permis aux gaz de reprendre leur cours.

M. Routier fait observer que les cas rapportés plus haut ne sont pas absolument superposables à ceux qui ont fait l'objet de l'étude de M. Delbet. Ces derniers sont caractérisés par l'existence d'un double étranglement, enserrant ses deux extrémités, de façon à transformer l'iléon en une énorme hernie. Dans le cas de M. Kirmisson, on ne signale pas l'état de l'anse cæcale; en outre l'iléon a tourné en sens inverse des cas de M. Delbet, où la rotation était dextrogyre. Quant à la gêne circulatoire elle est très marquée, mais ne donne pas lieu à un sphacèle rapide. Le sphacèle, dans le cas de M. Monod, tenait sans doute à l'époque tardive où fut faite l'intervention.

M. Kirmisson proteste contre une description trop schématique de cette variété d'occlusion. Les cas observés dans la pratique peuvent être bien différents les uns des autres, bien que pouvant être causés par un mécanisme analogue.

Cholédochotomie pour lithiase biliaire.

M. Michaux a pratiqué quatre fois cette opération, qu'il a fait suivre de la suture du cholédoque, et ce procédé lui a donné d'excellents résultats. C'est donc un procédé qu'il ne faut proscrire, mais il n'y faut recourir qu'à condition de ne pas prolonger le shock. Si on se trouve en face de difficultés, il vaut mieux ne pas suturer le canal et laisser béante la plaie, comme le fait M. Quénu. Chez une femme de 50 ans, il a retiré un gros calcul, long de 4 centimètres sur 3 centimètres de large. Il pratiqua deux plans de sutures et il n'y eut aucune trace d'écoulement.

Hématocèle; incision par le cul-de-sac postérieur; laparotomie secondaire.

M. Potherat a observé une femme qui fut prise soudainement d'une douleur syncopale dans le ventre, suivie d'un écoulement sanguin par le vagin. On crut d'abord à une fausse couche. Cette femme continua à souffrir et à perdre; elle en arriva bientôt à un degré d'anémie extrême avec refroidissement des extrémités. Le ventre était très ballonné. Au toucher, on sentait dans le cul-de-sac postérieur une masse rénitente, fluctuante. L'écoulement du cul-de-sac donna lieu à l'issue d'une sérosité sanglante, mêlée de caillots, mais sans traces de fœtus Malgré les tamponnements réitérés, les hémorragies se reproduisirent les jours suivants.

En présence de cette complication, M. Potherat pratiqua la laparotomie, bien que l'état lamentable de la malade présentât bien peu de chances de guérison. L'abdomen était le siège d'un épanchement de sang, qui avait pour origine la trompe distendue, ou plutôt rompue, et présentant des traces de placenta. Il s'agissait donc bien d'une grossesse tubaire rompue. La malade revint peu à peu à la santé. Il eût été préférable dans l'espèce de faire d'emblée la laparotomie. Mais il ne faut pas se baser sur ce cas exceptionnel pour préconiser la laparotomie d'emblée. L'incision vaginale suffit en effet le plus souvent pour assurer la guérison.

Présentation de malades.

M. Lejars a fait la résection de l'astragale à un malade atteint de luxation de l'astragale. Aujourd'hui l'opéré marche bien.

M. Guinard présente un malade qu'il a opéré d'urgence pour des accidents d'occlusion intestinale. Il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse. L'épiploon formait un treillis grillage au devant des anses de l'iléon. Le malade guérit et revint plus tard porteur d'un abcès froid de la région lombaire.

M. Reynier présente un instrument pouvant servir de pince à forcipressure ou de pince à intestin.

M. Picqué a enlevé par énucléation une grosse tumeur du corps tyroïde. L'opération n'a duré que 25 minutes, bien qu'il fallût faire 22 ligatures. P. Rellay.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 22 juin 1898. — Présidence de M. Porte.

Déviations du rachis et tumeurs adénoïdes.

M. Bilhaut fait une communication sur les déviations de la colonne vertébrale chez les adénoïdiens. Il a noté de la scoliose, de la cyphose et de la lordose chez des enfants ayant des végétations adénoïdes dans le naso-pharynx et de l'hypertrophie des amygdales. Ces enfants ont aussi des malformations du thorax (thorax en sablier). Les os chez les adénoïdiens MM. Legendre et Gallois) sont altérés dans leur composition. M. Bilhaut, chez certains de ces malades, a vu la déviation de la colonne vertébrale guérir sans traitement après l'ablation des tumeurs adénoïdes et, s'il y a lieu, celle des amygdales. L'auteur donne une importance très grande aux tumeurs adénoïdes dans la pathogénie des tuberculoses osseuses.

M. Bilhaut cite alors un nombre considérable d'observations personnelles, accompagnées de photographies à l'appui de son

mémoire. Dans le mal de Pott des adénoïdiens, l'ablation des tumeurs naso-pharyngiennes a facilité considérablement l'application du corset de Sayres qui lui a donné des résultats excellents. M. Bilhaut croit que les déviations rachidiennes peuvent être d'origine mécanique comme l'admettait Dupuytren, mais il croit que les troubles de développement du thorax, tels que la forme en sablier, sont dus à un trouble trophique causé par l'infection à porte d'entrée naso-pharyngienne.

Emploi de l'eau bromoformée.

MM. Mathieu et Richaut ont étudié la solubilité du bromoforme dans l'eau ; un litre d'eau dissout environ 3 grammes de bromoforme par agitation prolongée. L'eau bromoformée saturée leur a donné d'excellents résultats dans les douleurs gastralgiques et les vomissements des tuberculeux.

De l'emploi du chlorate de soude dans les gastropathies.

M. Soupault signale les améliorations obtenues dans le cancer de l'estomac par MM. Brissaud et Huchard au moyen du chlorate de soude à la dose de 6 à 8 et 12 grammes par jour. Il a essayé lui-même le chlorate de soude à la dose de 8 grammes au maximum, pris aussi loin que possible du repas. Chez tous les dyspeptiques, les résultats sont très appréciables. Chez les dyspeptiques asthéniques, l'action est moins manifeste que dans l'hyperchlorhydrie. Il attribue l'action de ce sel à l'atténuation de la sécrétion de l'estomac par son astringence et à la diminution secondaire de l'hyperexcitabilité de la muqueuse gastrique.

M. Jean Camescasse a aussi obtenu par le chlorate de soude d'excellents résultats, mais après cinq ou six jours d'emploi ce sel produit parfois un malaise général très pénible.

M. Créquy pense en se basant sur l'analogie du chlorate de potasse, que le chlorate de soude serait pris avec moins de répugnance additionné de sirop de groseilles.

M. Crinon fait remarquer qu'il ne faut pas comparer le chlorate de soude au chlorate de potasse. Les sels de potasse sont beaucoup plus toxiques que les sels de soude.

Lavements alimentaires.

M. Catillon, à propos des lavements aux œufs employés comme régime dans certaines dyspepsies, rappelle les expériences qu'il fit il y a douze ou quinze ans au nom de la Société de Thérapeutique. Les chiens mis en expérience ne pouvaient tolérer longtemps les lavements d'œufs, tandis qu'ils vivaient normalement et sans maigrir avec des lavements d'œufs mélangés de pepsine ou des lavements de peptones d'œufs. M. Catillon à ce propos remarque que la pepsine donnait ses résultats dans le gros intestin, et que c'est à tort que l'on croit que la pepsine n'agit pas dans l'intestin et que la pancréatine seule intervient dans la digestion intestinale.

J. N.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 16 juin 1898. — Présidence de M. G. Hervé.

M. Iwanowitch-Stoyanow médecin bulgare de l'hôpital de Lovetch, donne lecture d'une note sur quelques cas de *polymastie* et de *polythélie* chez l'homme. Ces cas ont été observés par lui-même en un fort court espace de temps. Ils sont les suivants : 1° Homme de 50 ans. Deux mamelles accessoires à 4 cent. 1/2 au-dessous des normales. Leurs mamelons, bien développés, érectiles sont entourés d'une aréole ovale de 16 à 14 millimètres de diamètre, et de poils symétriquement implantés. A plusieurs enfants. Aucune anomalie semblable dans sa famille. 2° Jeune homme de 20 ans. Ne s'était pas aperçu qu'il avait quatre mamelles. La mamelle accessoire gauche est à 11 centimètres en bas et en dedans sur le rebord des fausses côtes. La droite, plus atrophiée, est à 18 centimètres de la normale, à 4 centimètres plus bas que le rebord des fausses cotes. 3° Jeune homme, 20 ans. Plusieurs cas de mamelles accessoires dans sa famille. Porte une seule mamelle accessoire atrophiée, à 5 centimètres en bas et en dedans de la mamelle droite. 4° Jeune homme de 25 ans. Une seule mamelle accessoire à 17 centimètres en bas et en dedans de la mamelle droite. 5° Enfant de 6 ans. Porte au-dessous de la mamelle droite une petite tache brunâtre avec petit mamelon peu saillant. 6° Jeune homme de 23 ans. Deux mamelons accessoires à 13 et à 16 cent. 1/2 sous les mamelles normales. 7° Jeune homme. Au-dessous et en dedans de la mamelle gauche normale, à 5 cent. 1/2, mamelle atrophiée. 8° Homme de 37 ans, porte dans l'aréole de sa mamelle droite normale, audessous du mamelon normal, un mamelon accessoire.

M. Iwanowitch a observé à Paris même, à l'hôpital Laënnec, une femme de 33 ans, qui porte à 7 centimètres en bas et en dedans de la mamelle droite, un petit mamelon accessoire. Après qu'elle eut accouché, ce mamelon donna à la pression quelques gouttes de lait. Et cette légère sécrétion dura pendant toute la période de l'allaitement.

La polymastie n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire. Bardellben, qui a fait examiner ou examiné lui-même cent quinze mille recrues en Allemagne, a trouvé près de dix mille porteurs de mamelles accessoires. Et il s'est demandé en conséquence si la polymastie ne serait pas un caractère ethnique. M. Antonowitch adopte la théorie de l'atavisme pour expliquer ce genre d'anomalies. Neugebauer a trouvé chez une femme dix mamelles sécrétant du lait après l'accouchement.

M. Sanson rappelle qu'on a observé une mamelle surnuméraire à la partie interne de la cuisse, cas que ne peuvent expliquer les lois de l'atavisme.

M. Zaborowski confirme l'observation, difficile en effet à expliquer. Elle a été relevée par M. R. Blanchard, mais celui-ci ne voit pas du tout en elle et en quelques autres du même genre, une difficulté pour la théorie atavistique. Ce qui est, par exemple, bien nouveau dans la note de M. Iwanowitch, c'est la fréquence des cas observés. On nous parle de 10.000 cas, sur 115,000 examinés en Allemagne. La proportion est énorme. Et c'est cette proportion capable de surprendre, qui appelle des explications.

MM. d'Ault-Dumesnil, Capitan et Rolain font connaître un *gisement archéologique* mis à découvert sur la rive gauche du petit bras de la Seine, dans l'axe du Petit-Pont, par suite de la construction d'un égout dans les rues de la Huchette et de la Bucherie. Dans une couche profonde de 3 m. 28, composée, de haut en bas, de tourbe sur 1 m. 10, de sable sur 4 centimètres, de tourbe de nouveau sur 55 centimètres et d'argile fluviatile sur 1 m. 55, on a ramassé des poteries mérovingiennes d'abord, au-dessous (dans le sable), des poteries gallo-romaines, et enfin, dans le second dépôt tourbeux, des poteries gauloises. Un marécage existait là naguère. Mais ses bords, en face de l'île où s'élevait la vieille cité, origine de Paris, ont été constamment habités.

M. Verneau offre au nom du duc de Loubat une copie admirablement exécutée du *manuscrit mexicain* qui, de la bibliothèque Borgiano à Rome, est passé, après diverses péripéties, dans le musée ethnographique de la Congrégation de la Propagande. Ce manuscrit, description du rituel de l'ancienne religion mexicaine, est peint des deux côtés d'une peau de cerf. Son développement total est de 21 mètres.

M. Capitan décrit les pièces les plus intéressantes qui figurent dans la *collection rapportée de Russie* par M. de Baye, collection maintenant exposée au Musée Guimet.

M. le Dr Bloch donne lecture d'un mémoire sur les *lèvres*, leur coloration, leur épaisseur, au point de vue anthropologique.

Z.

Conseil supérieur de l'Assistance publique.— MM. Cruppi, Caillaux, Muteau Bozérian et Sauzet députés, sont nommés membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique, en remplacement de MM. Bourrillon, Maurice Lebon, Joseph Reinach, Charles Roux et Emile Trelat, anciens députés.

Hôpitaux de Paris. — *Concours des hopitaux : Accouchements.* — Le concours pour deux places d'accoucheur des hopitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. Boutte de Saint Blaise et Baudron.

Création d'une salle d'opérations aux Enfants-Malades. — Le Conseil municipal a adopté les conclusions d'un rapport de M. Rebeillard tendant à la création d'une salle d'opérations dans le service de M. Brun à l'hopital des Enfants-Malades. Une des salles du pavillon Belgrain sera aménagée à cet effet, et un crédit de 23.200 francs est ouvert pour couvrir les dépenses ainsi réparties : travaux, 21.300 fr ; mobilier, 1.900 fr.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Rédacteur spécial : Dr PAUL-BONCOUR.

V. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants; par le Dr AUSSET. — Maloine, édit, 1898.

V. — Chargé de la clinique des enfants à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, M. Ausset a réuni en un volume les principales leçons de son cours. Etudiants et praticiens trouveront un immense avantage à lire ces différentes cliniques sur les sujets les plus variés. Généralement, dans les ouvrages ou les communications qui ont trait à la médecine infantile, on se perd dans des discussions théoriques ou dans des considérations bactériologiques, et on oublie la clinique pure; et cependant c'est elle seule qui fait de la pathologie infantile une véritable spécialité. C'est plus que tout la vie avec les enfants qui permet de s'y reconnaître dans leurs maladies. Quand on quitte les hôpitaux, on se croit suffisamment armé, ayant passé trois mois ou six au plus dans un service de médecine infantile. on compte sur ses notions mieux connues de pathologie chez les adultes pour exercer son art de praticien. Or, c'est là une conception fausse, et quiconque ne s'est pas adonné un temps suffisamment long à cette pathologie infantile trouvera perpétuellement des difficultés cliniques et conséquemment des difficultés thérapeutiques. Il y aura là une ignorance qui sera préjudiciable au malade d'abord, et ensuite au médecin qui trouve dans la clientèle une majorité d'enfants. Le livre du Dr Ausset est donc excellent pour ceux qui s'occupent de médecine, car il est essentiellement pratique. Il répond exactement au défaut d'études de clinique infantile que nous signalions à l'instant : il fait des tableaux excellents des cas dont il s'occupe; à chaque pas, il insiste sur les différences capitales que séparent les manifestations d'une même maladie suivant qu'on l'observe chez l'enfant ou chez l'adulte; enfin le clinicien dégage les enseignements utiles pour la pratique journalière, ne cherchant, comme il le déclare lui-même dans sa préface, « qu'à apprendre le diagnostic et la thérapeutique ». Le Dr Ausset a bien rempli le but qu'il se propose et son recueil de leçons est aussi instructif qu'intéressant à lire. Nous signalons les chapitres qui nous ont principalement intéressé.

Après des considérations sur la séméiologie et sur la nourriture des enfants, vient une leçon sur les accidents de la dentition. M. Ausset remet à leur place les accidents bien dédaignés dans les traités généraux, car en outre des phénomènes locaux, l'enfant subit à ce moment une évolution générale; il présente un terrain mauvais et tous les accidents d'un genre différent qui surviennent alors peuvent offrir de la gravité.

La leçon sur les ganglions bronchiques, tout en traitant de la tuberculose de ces ganglions, envisage les affections qui gravitent autour d'eux, la tuberculose générale et toutes les subtilités de l'adénopathie trachéo-bronchique.

La tuberculose infantile a fait l'objet d'une série de cliniques qui exposent avec clarté ces questions si confuses des débuts et des formes de la tuberculisation.

Nous le répétons : nous n'avons signalé que quelques pages, mais le reste de ce volume ne présente pas une moindre valeur et nos préférences ont été toutes personnelles.

VI. — Le bréviaire de la nourrice; par le Dr MACQRET. — Société d'éditions scientifiques, 1898.

VI. — M. Macqret a exposé d'une façon concise, claire et pratique ce qu'il est nécessaire de connaître sur l'hygiène et la nourriture des enfants en bas age. Les détails sur l'habillement, les toilettes, l'allaitement, s'adressent principalement aux nourrices : l'auteur de ce bréviaire, attribuant l'énorme mortalité des nourrissons à l'ignorance souvent inconsciente de la nourrice, a donc condensé en peu de pages les principes élémentaires de l'art d élever les enfants. Nous souhaitons donc à ce manuel d'être entre les mains de tout le monde. Nous y lisons que jusqu'à 11 ou 12 mois l'enfant ne doit prendre que du lait, puis l'auteur donne dans un tableau (p. 45) le conseil de remplacer quelques tétées par des soupes jusqu à 18 mois, moment ou l enfant doit être sevré A notre avis cette époque est un peu tardive pour le sevrage, surtout avec les habitudes néfastes malheureusement trop répandues de nourrir les enfants au biberon. Dans ce cas il y a certainement tout intérêt à sevrer, à moins de cas spéciaux, l'enfant vers 12 ou 13 mois. C'est l'avis d'ailleurs de nombre de praticiens expérimentés. Nous sommes étonnés également de voir écrit à la page 54 qu'à 12 mois on pourra donner quelques cuillerées d'eau rougie, des œufs à la coque, du pain trempé dans du jus de viande. C'est en opposition flagrante et inexplicable avec les dates de changement d'alimentation et les indications exprimées dans le tableau cité antérieurement! Il y a sans doute là une erreur involontaire.

VII. — Spinal caries; par Noble SMITH chirurgien de *« City Orthopidie Hospital »*.

VII. — Noble Smith donne une nouvelle édition de son ouvrage sur les maladies de la colonne vertébrale. Il y a ajouté la description de nouveaux appareils, et quelques notes sur la réduction brusque des gibbosités sous le chloroforme. Pour donner une description exacte des symptômes, il montre le développement progressif de l'affection et tous les stades parcourus depuis l'état normal jusqu'à la déformation prononcée. Toutes les explications sont accompagnées de figures dont quelques-unes purement schématiques. Chemin faisant il signale la différence avec d'autres affections à symptômes similaires. Il y a néanmoins un chapitre fort long sur le diagnostic où les affections qu'il passe en revue sont elles-mêmes étudiées longuement et avec soin; cela est toujours accompagné de figures; cette façon de procéder donne extrêmement de clarté à cette question fort embrouillée des déviations vertébrales. D'ailleurs tous les cas obscurs sont étudiés sous une rubrique spéciale.

Le chapitre du traitement est le plus important; il se divise en deux parties. Dans la première on voit le traitement mécanique de l'affection, la désinfection des appareils la conduite à tenir suivant la gravité des cas, l'âge des enfants, l'existence des complications. En second lieu il explique et décrit les opératoins que l'on peut pratiquer sur le rachis. Le volume se termine par un grand nombre d'observations et de planches s'y rapportant. Cet ouvrage renferme, bien qu'elles soient perpétuellement confondues, des parties pratiques et théoriques. L'auteur y a donné sa façon de procéder dans les différents cas, de les discuter, de les envisager et en même temps il fait des digressions en dehors de la clinique lorsque le sujet le réclame. Tout cela rend extrêmement complet ce traité des caries vertébrales. A noter une remarque de Smith, qui veut que la pose des appareils orthopédiques ne se fasse pas exclusivement sous la direction du fabricant; c'est un bon conseil à retenir pour les chirurgiens, et sur lequel il attire l'attention avec insistance en raison des mauvais résultats qui peuvent découler de la non observation de cette règle.

VIII. — La diphtérie et la sérumthérapie; par le Dr VARIOT. Maloine, 1898.

VIII. — Le volume est le résultat d'études cliniques faites par l'auteur au pavillon de la diphtérie de l'hôpital Trousseau. Le Dr Variot a fait là un livre d'un grand intérêt non seulement en raison de la façon claire et précise dont il est écrit, mais surtout en raison de son but éminemment pratique. Dans ces derniers temps, la diphtérie a subi des transformations importantes. Le monde médical qui n'a pas suivi de près un service de diphtérie a forcément des idées erronées ou tout au moins insuffisantes à ce sujet, car une communication à l'Académie ou à un Congrès ne peut apprendre la pratique d'une maladie et surtout les phases d'un traitement difficile et délicat. Aucun traité pratique de la diphtérie n'existait encore : c'est donc une lacune énorme qui est comblée et elle l'est d'une façon magistrale. Le mérite de cet ouvrage est de rester sur le terrain clinique, le seul qui soit praticable à un médecin. Et cependant surtout pour la diphtérie on avait cru jusqu'ici tout trancher par la bactériologie. M. Variot démontre que ces tendances sont mauvaises . non seulement elles font dans certains cas négliger totalement la clinique au moment d'employer le sérum, mais encore elles sont manifestement funestes. C'est ce qui se dégage du livre à chaque page. En un mot ce livre n est pas une conception théorique, ni même l'exposé des opinions cliniques d'un médecin qui travaille dans son cabinet. M. Va-

riot a fait une œuvre utile et qui devrait servir d'exemple à tous ses collègues. Il expose tous les faits qu'il a eu sous les yeux (plus de 3.000!) il les discute, il multiplie les observations, il n'accepte une théorie qu'autant qu'il l'a reconnue vraie d'une façon pratique. Son livre comme on peut en juger par l'analyse qui va suivre est le meilleur guide clinique, nous pouvons même dire le seul qui existe sur la diphtérie et son traitement par le sérum.

Après des considérations historiques sur la découverte du sérum, et après l'exposé des notions bactériologiques l'auteur examine cliniquement les angines et déclare que cet examen conserve une incontestable supériorité sur l'examen bactériologique; il est plus rapide, plus simple et il donne des indications plus exactes et plus complètes. Il le prouve en mettant en parallèle les diphtéries bactériologiques et les diphtéries cliniques. Il décrit d'une façon précise des formes circonscrites, moyennes, intenses et toxiques. On peut avec ces notions prendre des déterminations au point de vue de la sérumthérapie, aussi exactes sinon plus qu'avec les résultats bactériologiques. M. Variot montre qu'il a vu par lui-même ses malades, ussi donne-t-il en abondance des signes souvent dédaignés et dont il démontre l'importance.

A lire ses considérations sur le mécanisme du tirage, sur le syndrome de la toux rauque et de la voix claire, sur le signe de l'épiglotte, le pouls, etc., etc... La partie thérapeutique n'est pas moins importante. On y trouve traité tout ce qui regarde les injections de sérum. Quand faut-il injecter le sérum? Combien faut-il en injecter? Le sérum a-t-il des inconvénients? Tout cela remplit 150 pages qui sont d'un intérêt d'autant plus grand que c'est le résultat pratique constaté sur 3.000 cas et non l'exposé d'affirmations générales. Tout ce qui concerne le tubage comme pratique, comme indications, de même que ce qui se rapporte à la trachéotomie est discuté et expliqué longuement et clairement. On y voit également les effets très satisfaisants de la vapeur d'eau et de l'écouvillonnage du larynx qui sont des procédés spéciaux au Dr Variot.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur la fièvre typhoïde expérimentale; par F. Ramond. — Thèse doct., Paris, 1898.

Bien que le bacille d'Eberth soit pathogène pour les animaux de laboratoire en injection sous-cutanée ou autre, il ne semble pas devoir réaliser chez eux, par simple ingestion, une infection morbide calquée sur celle de l'homme. M. le Dr Ramond, dans un consciencieux travail, effectué dans le laboratoire de M. le Pr Chantemesse, vient de démontrer qu'il n'en était rien, et les recherches confirmatives récentes de Remlinger, de Lépine et Boynet donnent un appui de plus à ses conclusions. Grace à un entraînement préparatoire assez long, grâce à de fortes injections laudanisées dans le péritoine, jointes à l'*ingestion* répétée de cultures virulentes, l'auteur est parvenu à réaliser chez le lapin une infection typhique expérimentale, analogue à celle de l'homme : incubation de 6 à 8 jours, pyrexie de deux septenaires, accompagnée d'abattement, de stupeur, de diarrhée abondante, convalescence progressive ou mort par complication, tel est, rapidement esquissé, le tableau clinique de cette infection.

Il n'est pas jusqu'au séro-diagnostic, aux constatations de l'autopsie, suivie de l'examen microscopique des viscères et de l'ensemencement, qui ne confirment la réalité et la spécificité de l'infection.

Ce travail n'éclaire pas seulement d'un jour nouveau la pathogénie de la fièvre typhoïde, mais il permettra aux expérimentateurs de l'avenir de rechercher d'une façon certaine le mode de guérison de cette si singulière affection.

Fièvre hépatique intermittente, par F. Pick (de Prague). — XV Congrès de medecine de Berlin 1897.

C'est Charcot qui le premier différencia la fièvre hépatique intermittente de la fièvre hépatalgique, et reconnut son origine septique. Cette distinction ne fut pas adoptée partout à l'étranger, notamment par les auteurs allemands, qui de leur propre aveu, tendent actuellement à se ranger à l'opinion de Charcot. Ni Charcot, ni Leyden, n'ont donné le moyen de savoir s'il y a du pus ou non, question importante à résoudre, puisque, dans le cas d'hépatalgie, l'intervention chirurgicale peut souvent seule sauver le malade, tandis qu'on hésitera toujours à intervenir si on craint l'infection. L'auteur admet que l'absence d'augmentation du nombre des leucocytes du sang indique l'absence de la suppuration, due le plus souvent au B. coli, le coli-bacille agissant comme le bacille de la fièvre typhoïde. Une autre question intéressante serait de connaître les rapports qui existent entre la température et la diminution de l'urée, les auteurs français ayant bien, avant Schrœder montré le rôle important du foie dans la production de l'urée. L'auteur est arrivé aux mêmes résultats que Charcot et Regnard. De plus, il a cherché la quantité d'azote totale, d'urée, et d'ammoniaque éliminée. Les courbes sont identiques pour ces trois éléments.　　Dariel.

Inciseur de Bottini modifié, par A. Freudenberg. — (*Centr. Blatt fur Chir.*, 1897, n° 29).

Ces changements concernent : 1° Le manche dont il augmente le volume, pour placer le robinet d'irrigation de façon qu'il irrigue aussi le manche, l'empêchant de s'échauffer au cours d'une opération un peu longue. — 2° Le cautère, qu'il fait en platine iridié, plus dur que le platine et s'échauffant plus facilement sous l'influence du courant électrique. — 3° Un changement ingénieux concernant l'application du courant électrique. L'instrument transformé peut être plongé tout entier dans une solution antiseptique ou dans l'eau bouillante, ce qui déteriorerait l'instrument de Bottini.

Freudenberg fait construire en ce moment un accumulateur muni d'un ampèremètre, qui permet de mesurer exactement la force du courant et le degré de chaleur du cautère agissant dans la profondeur des tissus, où l'on ne peut contrôler par la vue le degré de chaleur du cautère.　　Dariel

Le Torticolis et son traitement, par P. Redard. — Paris, Carré et Naud. 1898, un vol., 250 p., 66 fig.

Dans cet ouvrage, l'auteur étudie le torticolis au point de vue médical et chirurgical. Il décrit toutes les variétés de torticolis (musculaire, articulaire, cutané, osseux, etc.) et insiste surtout sur les formes les plus intéressantes et, en même temps, les plus fréquentes. Il passe ensuite en revue les travaux anciens sur ce sujet, puis les découvertes récentes. Il s'appuie sur les symptômes divers qui servent à reconnaître les différentes formes de cette maladie et surtout sur les méthodes qui permettent de les guérir. Plusieurs chapitres sont magistralement traités sur la symptomatologie, le diagnostic, l'anatomie pathologique, le pronostic et le traitement du torticolis. L'auteur termine son ouvrage par un long index bibliographique. Tel qu'il est conçu, on peut dire qu'il plaira aux médecins et aux chirurgiens que la question intéresse et qui, une fois de plus, reconnaîtront le grand talent du chirurgien en chef du Dispensaire Furtado-Heine.　　M. B.

Conférences publiques sur l'alcoolisme; par F. Vaquier. — Un volume in 8. Paris O. Berthier, 1897.

C'est la mise au point, en cinq chapitres ou conférences, de la question de l'alcoolisme et de la lutte contre ce fléau. Le rôle de l'école y est spécialement indiqué et ouvre la dissertation qui continue par la définition de l'alcoolisme et donne sur la manière dont on devient éthylique, les effets du poison, les maladies qu'il engendre, aggrave ou favorise, les suites héréditaires et sur les conséquences sociales, les détails les plus intéressants et les plus exacts; sans oublier les remèdes et moyens de conjurer les progrès du mal, après avoir déterminé sa marche ascendante et la situation alcoolique de la France. Sans abandonner la rigueur scientifique et avec une riche documentation, ce livre est absolument accessible au public pour lequel il est écrit. Il rendra de grands services à tous ceux que cette question intéresse et sera précieux à ceux qui veulent, à leur tour, faire des conférences sur ce sujet. La lecture en est agréable, grâce à un style des plus élegants et à une grande élévation d'idées.　　F. Boissier.

VARIA

Les Médecins Députés.

Voici les noms des confrères que la *France médicale* a relevés au nombre des députés élus au premier tour de scrutin, et que nous avons complétés, probablement d'une façon imparfaite.

Ain. — Bourg, Dr Herbert, député sortant, radical.

Allier. — La Palisse, Dr Gascon, député sortant, radical.

Ardèche. — M. Astier, pharmacien, radical.

Cantal. — Saint-Flour, Dr Hugon, radical.

Corrèze. — Brive, Dr Lachaud, radical.

Côte-d'Or. — Beaune, Dr Ricard, député sortant, radical.

Dordogne. — Nontron, Dr Theulier, député sortant, radical.

Doubs. — Montbéliard, Dr Borme, radical.

Eure. — Evreux, Dr Isambart, député sortant, radical.

Finistère. — Quimper, Dr Cosméo-Dumenez, député sortant, républicain modéré. — Châteaulin, Dr Dubuisson, républicain modéré.

Hérault. — Lodève, Dr Vigné, député sortant, radical.

Haute-Loire. — Brioude, Dr Devins, radical.

Haute-Marne. — Langres, Dr Mougeot, député sortant, radical.

Nièvre. — Nevers, Dr Turigny, député sortant, socialiste revisionniste.

Nord. — Lille, Dr Barrois, professeur à la Faculté de Médecine, républicain.

Oise. — Senlis, Dr Chopinet, radical.

Puy-de-Dôme. — Riom, Dr Girard, député sortant, républicain. — Clermont, Dr Chambige, député sortant, radical.

Basses-Pyrénées. — Pau, Dr Quintaa, député sortant, républicain.

Hautes-Pyrénées. — Tarbes, Dr Pedebidou, député sortant, radical.

Haute-Savoie. — Bonneville, Dr Chautemps, député sortant, radical.

Seine. — Drs Chassaing, Dubois (Paul), Levraud, radicaux; Méry (Paulin), boulangiste.

Seine-et-Oise. — Etampes, Dr Amodru, député sortant, républicain.

Vendée. — La Roche-sur-Yon, Dr Paul Bourgeois, député sortant, monarchiste.

Haute-Vienne. — Saint-Yrieix, Dr Boutard, radical.

Yonne. — Auxerre, Dr Merlou, radical. — Tonnerre, Dr Villejean, radical.

Soit 30 médecins élus, dont 21 radicaux, 6 modérés, 2 socialistes revisionnistes ou boulangistes et 1 monarchiste.

Hygiène professionnelle : Fabrication des allumettes.

On connait les dangers que la necrose faisait courir aux ouvriers des manufactures d'allumettes. Grace à l'impulsion donnée par le Ministre des Finances, ces dangers vont bientot être complètement conjures. Les etudes entreprises par les ingenieurs de l'Etat ont, en effet, abouti à la decouverte d'une pate ne contenant ni phosphore blanc, ni substance nuisible, et egalement inoffensive pour les ouvriers et pour le public. Le nouveau type d'allumettes a déjà fait dans diverses parties de la France l'objet d une expérience qui a donné les meilleurs résultats; il entre dès maintenant dans la consommation. D autre part, les recherches pour la construction d'une machine à fabrication continue des allumettes, qui doit diminuer encore pour les ouvriers les dangers de la fabrication et le prix de revient pour l Etat, ont abouti. La machine est construite, les premiers essais ont été des plus satisfaisants, et il ne reste plus que quelques détails de construction à perfectionner pour que cette machine soit définitivement introduite dans les manufactures de l'Etat. (*Havas*).

Société d Hypnologie et de Psychologie.

La huitième séance annuelle de la Société d'Hypnologie et de Psychologie aura lieu le lundi 11 juillet 1898, à quatre heures précises, au palais des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente, sous la présidence de M. le Dr DUMONTPALLIER, membre de l'Académie de Médecine. Les auteurs sont invités à adresser, dès à présent, les titres de leurs communications à M. le Dr Bérillon, secrétaire général 14, rue Taitbout.

Ordre du jour : 1° compte rendu de la situation morale et financière de la Société; — 2° communications et lectures; — 3° présentation de malades; — 4° vote sur l'admission de nouveaux membres; — 5° élections; — 6° rapport de la commission exécutive sur le deuxième Congrès de l'Hypnotisme expérimental et thérapeutique. — Désignation des rapporteurs. — Après la séance annuelle, un banquet aura lieu à sept heures, comme les années précédentes.

Vengeance bizarre : Dilatation de l'intestin par insufflation d'air dans le rectum.

M. Montlahuc, commissaire de police, vient d'être appelé à faire la constatation d'un délit sortant quelque peu de l'ordinaire, mais dont les suites peuvent être très graves pour celui qui en est la victime, un ferblantier de Passy-Paris. Cet industriel, M. X..., est un rude travailleur et ses affaires seraient prospères s'il n'était enclin à l'ivrognerie. Du 1er janvier à la Saint-Sylvestre, il ne dégrise point, au grand désespoir de sa femme, qu'il roue constamment de coups.

Lundi soir, le mari rentrait au logis plus ivre encore que de coutume; en traversant son atelier; il buta contre un établi et tomba tête première sur le plancher où il resta étendu, les bras en croix. Bientôt, M. X. . ronflait à poings fermés. Sa femme put le devêtir sans qu'il ait fait un seul mouvement.

« Allons, viens te coucher! dit-elle à l'ivrogne, en essayant de le mettre sur ses pieds. Tu ne veux pas bouger, eh bien! attends un peu, je vais me venger à ma façon de toutes les misères que tu m'as fait endurer. » Elle alla chercher dans un coin de l'atelier un soufflet adapté à une forge portative et, obéissant à une étrange suggestion, transforma l'outil en instrument de torture, rappelant vaguement l'ustensile que Molière fait figurer dans la cérémonie du *Malade imaginaire*.

Après quelques coups de piston, l'effet ne tarda pas à se produire. L'abdomen du ferblantier, sous la pression de l'air, se dilata de telle façon que le malheureux bien que toujours sous l'empire de l'ivresse, se mit à pousser des hurlements terribles. Effrayée par les cris de son mari, elle courut prévenir des voisins et, avec leur aide, plaça sur son lit le patient qui n'avait pu se rendre compte de ce qui s'était passé, mais souffrait horriblement.

Un médecin, requis, examina attentivement le malade. Le cas lui parut étrange : ce n'était pas de l'hydropisie, ce n'était pas davantage un empoisonnement. Ne pouvant établir un diagnostic certain, le docteur dit à Mme X... : « Je ne puis définir la nature de la maladie de votre mari; mais son indisposition me paraissant très sérieuse et d'origine suspecte, je crois devoir prévenir le commissaire de police du quartier — N'en faites rien, monsieur ! s'écria alors la coupable, je vais vous dire toute la vérité. » Et, sans omettre le moindre détail, elle fit alors au docteur le récit de sa vengeance. Le médecin put alors donner à M. X... les soins réclamés par son état qui reste fort inquiétant. L'air comprimé a provoqué une dilatation telle des muscles abdominaux et des intestins qu'une péritonite est à redouter.

La crémation comme mesure d'hygiène internationale.

M. le Dr L.-J. Maisels, d'Odessa, au dernier Congrès international de médecine qui s'est tenu à Moscou, a fait une communication sur les avantages que présenterait la crémation comme mesure sanitaire internationale contre les maladies infectieuses épidémiques. En voici les conclusions : 1° la question de l'inhumation, de la destruction des charognes et des immondices est une des plus importantes; la lutte contre les maladies contagieuses dépend de sa solution. 2° L'incinération des cadavres, des charognes et des immondices peut prévenir les épidemies en détruisant les spores des bacilles et le milieu dans lequel elles se développent. 3° La crémation doit être une mesure sanitaire internationale, au moyen de laquelle l'humanité parviendra peut-être à se débarrasser des fleaux, tels que : la scarlatine, le typhus, le choléra la peste et autres épidémies du même genre. 4° Les vues du christianisme ne sont point contraires à la crémation, comme mode de sépulture. 5° L'introduction de la crémation dans les contrées chrétiennes n'est qu'un retour vers l'époque des premiers chrétiens, c'est-à-dire vers l'idéal. 6° La crémation est le meilleur mode de sépulture, basé sur des données scientifiques.

Etudes médicales.

Un décret du Président de la République décide que le régime d'études médicales institué par le décret du 31 juillet 1893 sera seul en vigueur à dater du 1er octobre 1903. — Des dispositions spéciales, qui seront ultérieurement arrêtées, détermineront la situation, au point de vue des épreuves qui leur resteraient à subir à la date précitée, des étudiants ayant accompli leur scolarité d'après le régime institué par le décret du 20 juin 1878.

Limite d'âge.

A toutes les rentrées des élèves, les jésuites organisent une petite solennité. On nous réunissait dans le grand parloir. Nous y goûtions la joie d'ouïr de la bouche du Père Directeur un discours nécrologique détaillant l'agonie et la mort des anciens élèves décédés au cours de l'année précédente, et remuant en nous, pour achever d'égayer nos impressions de rentrée, les idées de trépas et de supplices d'outre-tombe. Or, à l'une de ces solennités, Monseigneur l'Archevêque de Paris nous fit l'honneur de se rendre. Le digne prélat avait atteint l'âge où, dans les têtes les mieux équilibrées, les idées sont allées rejoindre les années d'enfance. De sa voix chevrotante, il commença par nous confesser qu'il s'était trompé de jour, était venu la veille et, ne voyant personne, avait soupçonné son erreur. Puis un trou se fit dans sa mémoire. Il cessa de savoir où il était et se lança dans le vague des lieux communs, louant cette grande école : « Sainte...? Sainte...?—Sainte-Geneviève, lui soufflaient ses voisins. — « Sainte...? Sainte...? répétait-il, n'entendant pas...—Ah! oui! Sainte-Geneviève! dont les succès aux examens de..., —..., de Polytechnique, de Saint-Cyr », continuaient de souffler les ecclésiastiques l'entourant... Et ce fut ainsi tout le long de sa courte harangue. La scène était plutôt pénible que drôle, mais les écoliers sont cruels et nous rîmes de bon cœur. Les Pères eux-mêmes retenaient mal un sourire discrètement triomphant. N'était-ce pas la preuve frappante de leur supériorité à eux jésuites, chez qui l'individu ne compte pas, est impitoyablement sacrifié à l'intérêt de l'Ordre, sur le clergé séculier où les considérations de personnes sont écoutées? Les grands chefs de l'Ordre d'Ignace ne font que passer dans les hauts postes, et nul ne donnera jamais le spectacle d'un vieillard radoteur, immobilisé dans une position réclamant l'entière possession d'une haute intelligence. (Lucien Gleize, *Chez les Jésuites*, p. 209.)

Les Squelettes de Voltaire et de Rousseau.

Dans une lettre adressée au Dr Cabanès, d'après la *Chronique médicale*, M. Charles Monod, le chirurgien bien connu, membre de l'Académie de Médecine de Paris, relate les chiffres des rapides mensurations des diverses pièces des squelettes de Voltaire et de Rousseau, auxquelles il lui a été donné de procéder lors de l'ouverture des cercueils de ces grands hommes au Panthéon.

Il rappelle qu'il avait été d'ailleurs entendu que les cercueils provisoirement refermés, mis sous scellés, seraient rouverts plus tard pour l'examen qui s'imposait. M. Monod avait donné le conseil que, pour cela, il fût fait appel à des hommes compétents, tels que M. Laborde ou M. Manouvrier, devant lesquels il pensait s'effacer complètement, son assistance au Panthéon n'ayant été d'ailleurs réclamée que pour vérifier l'hypothèse de la mort de Rousseau par coup de feu. Il a eu soin cependant, en l'absence de collègues plus autorisés, de prendre, séance tenante, avec le Dr Louis Monod, quelques mesures, à l'aide des moyens très imparfaits dont il disposait. S'il n'a pas publié ces chiffres, c'est qu'il pensait qu'ils devaient être vérifiés par des procédés plus précis.

Mais aujourd'hui que, — comme l'apprend M. le Dr Laborde dans la *Tribune médicale* —, le Ministre de l'Instruction publique s'oppose à l'examen anthropologique des squelettes de Voltaire et de Rousseau, il lui semble que ces mensurations méritent d'être connues, telles quelles, et faute de mieux.

En voici le relevé :

VOLTAIRE.

	Centimètres.
Crâne. Diamètre antéro-postérieur.	16
— transversal.	13
Fémur	43
Tibia.	35
Humérus	[illegible]2

ROUSSEAU.

Crâne. Diamètre antéro-postérieur.	17
— transversal	14,5
Fémur	41
Tibia.	34
Humérus	29

La mensuration des crânes a été faite au niveau d'une section horizontale qui passait à la hauteur de la protubérance occipitale.

On doit adresser à M. Monod pour cette franche déclaration les félicitations qu'il mérite à juste titre.

Les Médecins qui s'amusent en Angleterre.

Le juge de la cour de police de Londres-Nord a eu à statuer sur un cas des plus difficiles et qui s'est dénoué par l'acquittement d'un voleur pris, pour ainsi dire, en flagrant délit. Pour l'intelligence de ce petit récit, il convient d'abord que le lecteur sache qu'en cette immense métropole si bien administrée en apparence, il n'existait presque pas de vespasiennes ni de chalets de nécessité il y a quinze ans. Depuis cette époque, le conseil de comté a ordonné des installations très confortables, dissimulées sous le sol des grands refuges, aux carrefours, et où l'on descend par un double escalier. Chacun de ces souterrains est gardé par un homme qui dispose d'une petite logette. Le gardien du « lavatory » de Lime-House vaquait à ses occupations. Il avait, selon sa coutume, endossé sa blouse et pendu dans la logette, avec un veston, son gilet contenant sa montre, sa chaîne et son porte-monnaie. Ayant eu besoin de consulter sa montre, il s'aperçut qu'il avait été volé. Aussitôt il monta sur le trottoir, moins dans l'espoir de retrouver son filou, que pour confier sa mésaventure à un policeman, et il fut agréablement surpris de rencontrer celui qu'il n'espérait point revoir. A quelques pas du « lavatory », un homme bien vêtu tenait sa montre à la main. On l'arrêta. Ce pick-pocket se trouvait être le docteur Z..., un praticien honorablement connu, qui se laissa conduire au poste sans résistance et sans paraître rien comprendre aux accusations répétées contre lui. « Je ne sais pas ce que vous me voulez, disait-il. Je viens de déjeuner avec des amis, j'ai trop bu. Je ne vous comprends pas. »

Ce matin, à l'audience, des témoins de la plus haute honorabilité ont attesté la probité du docteur qui, d'ailleurs, gagne une cinquantaine de mille francs par an. Les convives de son dernier déjeuner sont venus avouer que tous avaient bu un peu plus que de raison, surtout leur ami qu'ils s'étaient plu à enivrer, pour le faire rompre avec sa sobriété habituelle. Ces témoignages ne permettaient pas au juge de prononcer une condamnation. Si l'on reprend jamais ce médecin à boire un whisky!...

Un corps étranger peu ordinaire.

Le fait suivant, cité dernièrement par la *Revue de laryngologie*, sort un peu de l'ordinaire. Une jeune fille de 13 ans s'amusait à jeter en l'air une petite trompette d'enfant et à la recevoir dans sa bouche, quand soudain la trompette glissa dans la gorge et alla se fixer dans la bronche droite.

A chaque inspiration et expiration la trompette donnait un son, qui pouvait s'entendre à plus de quinze mètres. Les parents refusèrent toute intervention chirurgicale et la fillette succomba au bout de trente-trois jours.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 27. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*): MM. Humbert, Retterer, Poirier. — (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet, Weiss. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Segond, Ricard. — (2e *série*) : MM. Delens, Kirmisson, Walther. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Déjerine, Widal. — (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Tillaux, Marchand, Lejars. — (2e *série*) : MM. Jalaguier, Rémy, Tuffier. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Letulle, Gaucher.

MARDI 28. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Rémy, Gley, Weiss. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Campenon, Schwartz, Bar. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Cornil, Ballet, Achard. — (2e *série*) : MM. Raymond, Marfan, Ménétrier. — (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Gilbert, Charrin. — (2e *série*) : MM. Hutinel, Letulle, Thoinot. — (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Le Dentu, Peyrot, Brun. — (2e *série*) : MM. Berger, Nélaton, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Marie, Roger. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Maygrier, Bouilly.

MERCREDI 29. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Mathias-Duval, Retterer, Sébileau. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Marchand, Segond, Lejars. — 4e *de Doctorat* : MM. Ch. Richet, Landouzy, Widal. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Delens, Humbert, Tuffier. — (2e *série*) : MM. Jalaguier, Delbet, Walther.

JEUDI 30. — 2e *de Doctorat* oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Thiéry. — 3e *de Doctorat* oral (1re *partie*) : MM. Le Dentu, Bouilly, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Cornil, Charrin, Achard. — 4e *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Raymond, Chantemesse, André. — (2e *série*) : MM. Pouchet, Gilbert, Netter. — 3e de Fin d'année d'Officiat : MM. Schwartz, Roger, Ménétrier.

VENDREDI 1er. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire. — 1er *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Mathias-Duval, Poirier, Retterer. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Letulle, Thoinot. — 5e *de Doctorat*

(1re *partie*). Chirurgie(1re *série*) : MM. Segond, Kirmisson, Ricard. — (2e *série*) : MM. Delens, Delbet, Broca. — (2e *partie*) : MM. Déjerine, Gaucher, Netter. — (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Humbert, Sébileau. — (2e *série*) : MM. Marchand, Jalaguier, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Potain, Gilles de la Tourette, Widal.

SAMEDI 2. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Mathias-Duval, Retterer, Weiss. — 4e *de Doctorat* : MM. Cornil, Pouchet, Netter. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Marie, Letulle. — (2e *série*) : MM. Hutinel, Gilbert, Marfan. — (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Berger, Brun, Nélaton. — (2e *série*) : MM. Polaillon, Bouilly, Quénu. — (1re *partie*). Chirurgie : MM. Le Dentu, Peyrot, Campenon. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Debove, Ballet, Achard. — (2e *série*) : MM. Chantemesse, Roger, Ménétrier. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Maygrier, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 29. — M. Rebiere-Laborde. Contribution à l'étude clinique de la fausse angine de poitrine des hystériques.— M. Desourtaux. Traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses. — M. Talandier. De la hernie inguinale épiploïque chez l'enfant. — M. H. de Rothschild. Les troubles gastro-intestinaux chez les enfants du premier âge. — M. Kassabolf. Les enfoncements de la voûte du crane chez le fœtus pendant l'accouchement. — Mlle Schirsky De la grippe dans ses rapports avec la puerpéralité. — M. Fachatte. La puberté et les premiers troubles menstruels. (Etude clinique). — M. Ménissez. Contribution à l'étude des fractures de l'astragale. — M. Robin-Massé. Du traitement chirurgical de l'hépatoptose totale. (Procédé de M. Péan) — M. Chapiro. L'eucaïne B comme anesthésique local en stomatologie et en chirurgie générale. — M. Debacq. De l'emploi de l'acide picrique en thérapeutique.

JEUDI 30 — M. Blanchard. La danseuse : considérations sur quelques accidents professionnels de ses tendons et ligaments du pied. — M. Attal. Troubles vaso-moteurs dans l'hystérie. — M Boyer. Contribution à l'étude de la maladie de Stokes-Adam. — M. Guyotte. Des hémorragies dans la diphtérie. — M. Sersiron. Les phtisiques adultes et pauvres en France, en Suisse et en Allemagne — M. Romand. Revue d'un certain nombre d'années de pratique médicale, de 1896 à 1898.

Enseignement médical libre.

Laboratoire d'électrothérapie de la Charité. — Conférences théoriques et cliniques d'électrothérapie et de radiographie, le samedi à 5 heures, par le Dr L.-R. RÉGNIER, chef du laboratoire.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Levieux (de Bordeaux).

M. le Dr LEVIEUX, médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux, membre de la commission administrative des hospices civils, ancien vice-président du conseil central d'hygiène publique de la Gironde, membre correspondant de l'Académie de Médecine, etc., vient de mourir à l'âge de 80 ans. Il avait tenu une grande place dans le monde médical bordelais, et publié de nombreux travaux ayant trait à la pathologie mentale et aux questions d'assistance et d'hygiène publiques, entre autres : *Etudes sur l'assistance hospitalière dans la ville de Bordeaux et sur diverses questions d'hygiène publique*, 1re et 2e séries, 1874 et 1882; — *Etude relative à quelques manifestations cholériques qui se sont produites dans la ville de Bordeaux en septembre 1885.* — *Discours aux séances d'installation des internes et externes des hôpitaux de Bordeaux*; — *Des réformes dont nos institutions d'hygiène publique sont susceptibles, etc.*

INCINÉRATIONS. — L'incinération de Mme Potonie-Pierre, qui avait été ajournée par suite d'une demande d'enquête formulée par la sœur de la défunte a eu le 18 juin, à une heure, au Père-Lachaise. M. Potonie-Pierre a remercié l'assistance et le procureur de la République « qui, saisi d'une plainte injustifiée, n'a même pas ordonné l'autopsie du corps et a délivré un permis d'inhumer ». — Le célèbre peintre sir E. Burnes Jones a été incinéré à Londres le 21 juin, selon une disposition formelle de son testament.

FORMULES

XVIII. — Traitement de l'accès de migraine.

A. Robin recommande la formule suivante :

Antipyrine.	āā 0 gr. 50 centigr.
Bromure de potassium. . .	āā 0 gr. 50 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne. . .	0 — 01 —
Caféine	0 — 02 —
Poudre de paullinia sorbilis. .	0 — 30 —

Mêlez. Pour un cachet. Faites six cachets semblables. Prendre un cachet dès les premières manifestations de l'accès migraineux.

XIX. — Formules pour le traitement de la tétanie d'origine gastro-intestinale chez les enfants (M. E. TORDEUS).

Salicylate de bismuth	0 gr. 30 centigr.
Benzonaphtol.	0 — 15 —
Sucre	Q. S.

Mêlez. Pour un paquet. Faites douze paquets semblables. — A prendre : quatre paquets par jour.

Bromure de potassium.	3 grammes.
Hydrate de chloral.	1 gramme.
Eau distillée.	100 grammes.
Sirop d'écorce d'oranges amères . .	50 —

F. S. A. — A prendre : trois cuillerées à soupe par jour (pour un enfant âgé de deux à trois ans).

XX. — Lotion contre le prurit anal (M. PENZOLDT).

Hyposulfite de soude	30 grammes.
Acide phénique.	5 —
Glycérine	20 —
Eau distillée	450 —

Mêlez. — Usage externe.

On applique fréquemment sur l'anus des compresses imbibées de cette solution.

XXI. — Désinfection des selles dans les maladies contagieuses.

On emploie le mélange antiseptique suivant .

Sulfate de zinc	100 grammes.
Acide sulfurique	5 à 10 —
Essence de mirbane	0 gr. 2 centigr.
Bleu d'indigo	0 gr. 15 —

L'indigo n'est là que comme indice distinctif, pour éviter des méprises.

5 grammes de ce mélange, placés dans le vase avant l'emploi, empêchent la mauvaise odeur des selles et de l'urines. — C. F.

(*Rundschau* et *Répertoire de pharmacie*, 1898, p. 226.)

XXII. — Procédé facile de recherche des matières colorantes biliaires dans les urines (indiqué par M. ROSIN).

On fait une solution de teinture d'iode dans l'alcool à la concentration de 1 0/0 De cette solution on verse avec précaution une couche à la surface de l'urine à examiner. S'il existe de la bilirubine dans le liquide, on voit se produire un anneau vert au point de contact — (*Bul. méd. de Paris*, 25 mai 1898.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 12 juin au samedi 18 juin 1898, les naissances ont été au nombre de 1.118, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 434, illégitimes, 142. Total, 576. — *Sexe féminin* : légitimes, 391, illégitimes, 151. Total, 542

MORTALITÉ A PARIS — Population d'après le recensement de 1891 : 2.424.705 habitants, y compris 18,380 militaires. Du dimanche 12 juin au samedi 18 juin 1898, les décès ont été au nombre de 864, savoir : 438 hommes et 426 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 0, F. 1. T. 1.— Typhus : M. 0, F. 0, T. 0.— Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole: M. 17, F. 19, T. 36 — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2, — Coqueluche : M. 3, F. 7, T. 10. — Diphtérie, Croup : M. 3. F. 2, T. 5.— Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 96, F. 73, T. 169. — Méningite tuberculeuse : M. 9, F. 20. T. 29. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 12, T. 23. — Tumeurs bénignes : M. 1, F 3, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 25, F. 40, T. 65. — Méningite simple : M. 12, F. 15, T. 27. — Congestion et hémorragie cérébrale : M. 25, F. 17, T. 42. — Paralysie, M. 3, F. 3, T. 6. — Ramollissement cérébral :

M. 4, F. 1, T. 5.— Maladies organiques du cœur : M. 23, F. 33, T. 56. — Bronchite aiguë : M. 2, F. 7, T. 9.— Bronchite chronique : M. 8, F. 4, T. 12.– Broncho-pneumonie : M. 17, F. 19, T. 36 — Pneumonie : M. 15, F. 12, T. 27.— Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 18, F. 7, T. 25.— Gastro-entérite, biberon : M. 17, F. 18, T. 35. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 5, T. 10. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F 2, T. 2. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Débilité congénitale : M. 21, F. 12, T. 33. — Sénilité : M. 10, F. 14, T. 24. — Suicides : M. 7, F. 4, T. 11. — Autres morts violentes : M. 10, F. 4, T. 14. — Autres causes de mort : M. 67, F. 59, T. 126. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 5, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 79, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 13, Total : 43. — *Sexe féminin* : légitimes, 24, illégitimes, 12. Total : 36.

Faculté de Médecine. — Le concours d'agrégation (chimie, physique, pharmacologie) s'est terminé par les nominations suivantes : *Paris* : MM. Broca (physique), Desgrez (chimie). — *Lyon* : MM. Bordier (physique), Sambuc (chimie). — *Montpellier* : M. Bertin-Sans (physique). — *Toulouse* : M. Gérard (pharmacologie).

— Le concours d'agrégation (anatomie, physiologie, histoire naturelle) s'est terminé par les nominations suivantes : *Paris* : MM. Launois (anatomie), Langlois (physiologie).— *Lille* : M. Cousin (anatomie). — *Nancy* : M. Bouin (anatomie). — *Toulouse* : MM. Bardier (physiologie), Verdun (histoire naturelle).

Faculté de Médecine de Paris. — *Exercices pratiques de médecine opératoire spéciale*, sous la direction de MM. les Pr Terrier et Hartmann, agrégés. — *Premier cours* : M Savariaud, prosecteur à la Faculté, commencera, le samedi 2 juillet, à deux heures, un cours de médecine opératoire spéciale sur un certain nombre d'opérations courantes (cure radicale des hernies, trépanation de l'apophyse mastoïde, etc.) Ce cours aura lieu, à l'Ecole pratique, les mardis, jeudis et samedis, à 2 heures. — *Deuxième cours* : M. Gosset, prosecteur à la Faculté, commencera, le lundi 4 juillet, à 2 heures, un cours de médecine opératoire spéciale sur les maladies de l'appareil urinaire. Ce cours aura lieu, à l'Ecole pratique, les lundis, mercredis et vendredis, à 2 heures. — Le nombre des élèves admis à chacun de ces cours est limité à 20. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers. Les droits à verser sont de 50 francs pour chaque cours. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 1), de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au 30 juin.

Adjuvat. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Proust, Guibet, Monod, Pascal et Marcille.

Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Angers. — Un concours s'ouvrira le 7 décembre 1898, devant la Faculté de Médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathothologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie d'Angers.— Un concours s'ouvrira le 7 décembre 1898, devant l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie d'Angers. Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture du concours.

Service de Santé de la Marine. — M. le médecin de 2e classe Bavay, provenant des troupes détachées en Crète, servira aux batteries d'artillerie de marine à Brest. — MM. les médecins de 2e classe Merleau-Pouty, provenant des troupes de Madagascar, et Cassieu, provenant des troupes de l'Indo-Chine, passeront du 1er régiment d'infanterie à Cherbourg, le premier au 7e régiment à Rochefort, le second au 8e régiment à Toulon. — Ont été nommés médecins auxiliaires des colonies : M. Castelli (Emile-Jean-Baptiste), ex-médecin-major militaire démissionnaire. — M. Robert-Jean-Baptiste), docteur en médecine.— M. Mouginet (Charles-François-Alphonse), médecin aide-major de 1re classe en non-activité pour infirmités temporaires, a été rappelé à l'activité et désigné pour occuper un emploi de son grade à l'hôpital militaire du camp de Chalons.

Nominations. — Armée territoriale. — Ont été nommés : au grade de médecin principal de 2e classe : M. Dumas, médecin-major de 1re classe de l'armée active, retraité. — Au grade de médecin-major de 1re classe : les médecins-majors de 1re classe de l'armée active retraités : MM. Evrard, Cabanié, Weil, Ga dit Gentil, Duc. — Au grade de médecin aide major de 2e classe : les docteurs en médecine : MM. Mounie, Duviard, Ollier, Kieffer, Cocquelet. — Au grade de pharmacien principal de 2e classe : MM. Beunat, pharmacien-major de 1re classe de l'armée active, retraité. — Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe : MM. Chadoutaud, Banau.

Réserve. — Sont nommés : au grade de médecin-major de 2e classe : M. Castelli, médecin-major de 2e classe de l'armée active, dont la démission est acceptée. — Au grade de médecin aide-major de 2e classe : les docteurs en médecine : MM. Cleuet, Augros, Chabot, Blind, Lévy dit Lévy-Clotz, Le Corre, Chemin, Larrive, Noyon, Parquet, Ducamp. Jean, Delore, Baudon, Lapointe, Fuster, Ozoux, Contal, Legrand, Bernadou, Gieure, Perret, Bard, Denis, Basset, Chalais, Le Damany, Mariani, Guillermin, Brulant, Bribes, Morisot, Mahon, Guinard, Beuf, Garlopeau, Lemaire, Favier, Bulté, Morel, Delage, Mathieu, Caillard, Berger, Lavabre, Guigué, Frigaux, Dubourdieu, Chauvin, Perrée, Dotezac, Labaume, Dol, Craponne, Monod, Lemonnier, Margnat, Painblan, Leclere, Mazurier, Bommier, Machtou, Levezier, Jaffredou, Descheemacker, Hister, Pavie, Jumelais, Arnoul, Debienne, Guilmard, Montignac, Lachouille, Cluzel, Pernot, Bourgain, Marchegay, Demirleau, Adoue, Chuiton, Bosdeveix, Carel, Grimard, Goalard, Faucon, Michel, Noack, Carayon, Pastré, Legros, de Sevedavy, Marion, Bouchard. — Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe : les pharmaciens de 1re classe : MM. Paillard, Lajugie de la Renaudie, Defarge, Azéma, Charlier, Sauve, Bretzner, Villière, Pelletier, Labonne, Nougué.

Concours des Médecins Aliénistes des Hôpitaux. — Le concours ouvert pour une place de médecin-adjoint à l'hospice de Bicêtre s'est terminé par la nomination de M. le Dr Nageotte.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Kemhadjian Mihran, médecin à Paris, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur au titre étranger.

Sont nommés *Officiers d'académie* : MM. Antheaume, chef de clinique à l'Asile clinique; Dive, Desforges, Pascalis et Sibut, à Paris; Dumouly, Le Baron, à Levallois-Perret; Convert à Saint-Etienne; Roche à Saint-Symphorien-de-Lay; Bertrand, à Noirétable; Féolde, à Fontenay-sous-bois.

Pari mutuel. — MM. le Dr Goujon, sénateur, et Poincaré, député, sont nommés membres de la commission instituée près du Ministère de l'Agriculture pour répartir les fonds du pari mutuel destinés aux œuvres de bienfaisance.

Dispensaire de Salubrité. — M. le Dr Davesne, médecin en chef adjoint au Dispensaire de Salubrité, est nommé médecin en chef de ce service, en remplacement de M. Commenge, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé médecin en chef honoraire. — M. le Dr Lemoine, médecin au Dispensaire, est nommé médecin en chef adjoint de ce service.

Hôtel-Dieu de Caen. — *Concours.* — Un concours pour une place d'interne en pharmacie à l'Hôtel-Dieu de Caen aura lieu le 7 juillet prochain. Les candidats devront produire leurs pièces avant le 5 juillet, terme de rigueur. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, hôpital Saint-Louis.

Opinion d'une miséreuse. — «La charité privée se lasse à un moment donné.... quelquefois vite. »

Monument Grisolle. — Le *Temps* du 2 juin annonce que le Conseil municipal de Fréjus (Var) vient de voter une souscription de 1.000 francs pour l'érection, dans sa ville natale, d'un monument à la mémoire du Dr Grisolle, qui fut professeur à la Faculté de Paris et président de l'Académie de Médecine.

Nécrologie. — M. le Dr Juventy, d'Entrains (Nièvre). — M. Dugué de Bernouville, ancien directeur du service de santé de la marine, décédé à Cherbourg. — M. le Pr Trier, de Copenhague. — M. le Dr Barritt-Melson, ancien professeur de clinique médicale à Queen's College de Birmingham. —M. le Dr David W. Yandell, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Louisville. — Le 3 juin ont eu lieu à Béziers, au milieu d'une nombreuse assistance, les obsèques de M. le Dr Louis Bourguet, ancien interne des hôpitaux de Montpellier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Béziers, décédé à 37 ans.— M. le Dr Dubois, médecin-major de première classe à l'hôpital de Lille. — M. le Dr Fontaine, médecin principal des colonies. — M. le Dr Biat, de Trith-Saint-Léger (Nord). — Dr Hyacinthe Masson, ancien maire de Fraize (Vosges), décédé à 93 ans. — M. le Dr Hureau de Villeneuve (de Paris). — M. le Dr Lapra (de Paris). — M. le Dr Pouillet (de Paris). — M. le Dr Pierre Fisse, d'Arreau (Hautes-Pyrénées), reçu en 1897, précipité par un cheval dans la rivière de Neste, pendant sa tournée professionnelle. — M. le Dr Charles Van Everbroeck, décédé à Turnhout, le 12 juin, à l'âge de 53 ans. — M. le Dr Genouille, agé de 61 ans, domicilié 9, rue de Villersexel, est tombé, hier mardi matin, à sept heures, de la fenêtre de son logement situé au 1e étage. Le malheureux médecin s'est tué sur le coup. Le corps a été remonté au domicile du défunt. (*Le Soleil.*) — M. le Dr Pierre Midrin, maire de Sèvres, ancien médecin de l'hôpital de cette ville, est mort subitement le 19 juin, tandis qu'il présidait aux travaux de la Commission administrative des hospices. Les obsèques de M. le

Dr Midrin ont eu lieu aux frais de la ville de Sèvres le 11 juin. De nombreux discours ont été proncés au cimetière des Bruyères où a eu lieu l'inhumation. M. le Dr Midrin, unanimement estimé, était âgé de cinquante-quatre ans. — M. le Dr F.-A. Von ZENKER, ancien professeur de pathologie générale et d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine d'Erlangen — M. le Dr C.-E WITH, ancien professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Copenhague. — M. le Dr Franz KRETSCHY, privat-docent de médecine interne à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le Dr J.-A. MAJEV, privatdocent de syphiligraphie à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL BROCA. — *Clinique de gynécologie.* — M. le Dr S. POZZI, le vendredi, à 10 heures du matin. Opérations les lundis et mercredis à 10 heures.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr SABOURAUD, le mardi à 10 heures, dans le laboratoire de l'Ecole, leçons théoriques et pratiques *sur les maladies du cuir chevelu.* — Le Dr DU CASTEL a repris ses conférences cliniques le samedi 4 juin, et les continuera les samedis suivants. A 1 heure 1/2, consultation externe; à 2 h. 1/2, conférence clinique dans la salle des conférences.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Dr Albert ROBIN, le lundi à 9 h. 3/4 du matin.

ASILE CLINIQUE. (Sainte-Anne.) — *Clinique des maladies mentales* : Pr JOFFROY, le samedi à 10 heures.

HÔPITAL ANDRAL. — MM. Albert MATHIEU et Maurice SOUPAULT, conférences cliniques sur les maladies de l'appareil digestif, le vendredi, à 10 heures du matin.

Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac. — MM. Albert MATHIEU, médecin de l'hôpital Andral, Maurice SOUPAULT, ancien interne des hôpitaux de Paris, J.-Ch. ROUX, interne des hôpitaux et LABOULAIS, ancien interne en pharmacie : conférences sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. Les élèves sont exercés individuellement aux manipulations indispensables pour le diagnostic. Se faire inscrire : au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

HÔPITAL TENON. — M. le Dr A. BÉCLÈRE, le vendredi, à 10 h. 1/2 du matin : conferences et exercices pratiques sur les applications de la découverte de Rœntgen au diagnostic médical.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du PROGRÈS MÉDICAL.

DUPUY (L.-E.). — De la psittacose au point de vue épidemiologique (Relation de deux nouveaux cas observés à Saint-Denis). Brochure in-8 de 32 pages.— Prix : 1 fr. Pour nos abonnés, 0 fr. 70.

Librairie G. MASSON et Cie, 120, Boulevard Saint-Germain.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — 26e session. — Saint-Etienne, 1897. Volume in-8 de CXXIV-528 pages, avec une carte hors texte.

BONNIER (P.). — L'oreille. — IV. *Symptomatologie.* Volume in-18 de 175 pages. — Prix, broché : 2 fr. 50 ; cartonné . 3 fr.

BONNIER (P.). — L'oreille. — V. *Pathologie.* Volume in-18 de 187 pages — Prix, broché : 2 fr. 50; cartonné. . . . . 3 fr.

BOULOUMIÉ (P.). — Les maladies évitables, moyens de s'en préserver et d'en éviter la propagation. — Volume in-8 cartonné de 188 pages, avec 7 figures.

KIRMISSON (E.). — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale. Volume in-8 de XII-767 pages. — Prix . . 15 fr.

PESSEZ (G.). — Les Eaux de Chatelguyon et leur action sur la nutrition. Brochure in-8 de 55 pages.

PONCET (A.) et BÉRARD (L.).— Traité clinique de l'actinomycose humaine, pseudo-actinomycose et botryomycose. Volume in-8 de X-410 pages, avec 45 figures et 4 planches en couleurs.

ROUX DE BRIGNOLES (G.).— Fractures de la colonne vertébrale. Volume in-8 de 105 pages.

ROTHSCHILD (H. de). — L'allaitement mixte et l'allaitement artificiel. Volume in-8 de XXVII-659 pages. — Prix . . . 8 fr.

EULENBURG (A.).— Ein Fall von Myasthénia pseudo-paralytica grain mit intermittirender Ophtalmoplegie. — Brochure in-8 de 7 pages. — Berlin, 1898. — *Deutsche médicinische Wochenschrift.*

FARINA (P.). — De l'antithermie dans la tuberculose pulmonaire. — Brochure in 8 de 24 pages, avec 6 tracés hors texte. — Menton, 1897. — Imprimerie coopérative mentonnaise

FRÜHEREN UND JETZIGEN. — Festschift anlässlich des Fünfzigjährigen Bestehens der Provinzial-Irren Anstalt zu Nietleben. — Volume grand in-8 de 522 pages. — Prix : 15 francs. — Leipzig, 1897. — Librairie G. Vogel.

GUELOU. — Des psychoses dans leurs rapports avec les affections des reins. — Brochure in-8 de 60 pages. — Bordeaux, 1897. — Imprimerie du Midi.

MELLO BARRETO. — L'emphysème subcutané aigu généralisé. — Brochure in-8 de 11 pages.— Saint-Paul, Brésil, 1897. — Imprimerie Riedel et Romi.

OGILVIE (G.). — On the transmission of syphilis to the third generation. — Brochure in-8 de 36 pages. — London, 1897. — H K. Lewis.

PEIXOTO (J.-A.). — Afim de obter o grão de Doutor em Sciencias medico-cirurgicas.— Dissertação epilepsia e crime proposições tres sobre cada cadeira do curso medico-cirurgico. — Volume in-8 de 196-XV pages. — Bahia, 1896. — Litho-typographia e Endernação de V. Oliveira et Ce.

PIERRET (A.). — Considérations synthétiques sur la pathogénie du tabes. — Brochure in 8 de 76 pages. — Lyon, 1897. — Imprimerie L. Delaroche et Ce.

SCABIA (L.). — Sulla insizione sottocutanea d'olio d'oliva sterilizzato negli stati di dentrizione delle malattie mentali. — Brochure in-8 de 16 pages. — Venezia, 1896. — Tipografia Antica ditta Cordella.

SCABIA (L.). — Del ricambio materiale nelle demenze. — Brochure in-8 de 37 pages, avec 9 planches hors texte. — Venezia, 1896. — Tipografia Antica ditta Cordella.

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

TABLE DES MATIÈRES

N B. — **Rechercher par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants**: Nécrologie, Hôpitaux, etc.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

N

O

P

Q

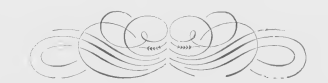
R

S

T

U

V



PARIS — IMP. ... MAURIN ...